

Ex 2

ISSN 0034-7116

VOL. 34
Nº 4
DEZEMBRO
1988

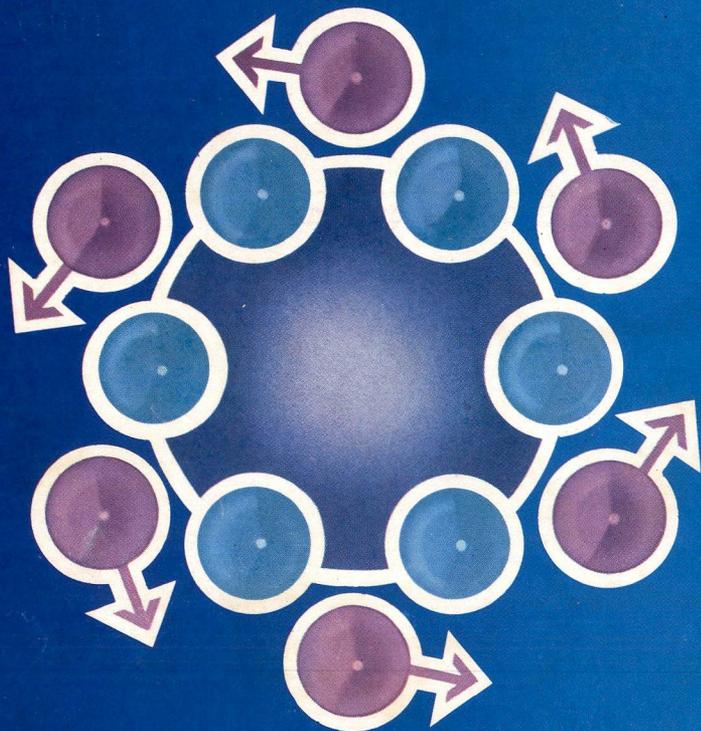
Revista Brasileira de Cancerologia



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia
Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

NOVO



Eulexin

(Flutamida)

Para o Tratamento
Paliativo do Câncer
de Próstata

O PRIMEIRO COMPOSTO NÃO ESTERÓIDE COM ATIVIDADE DE BLOQUEIO ANDROGÊNICO COMPLETO.

'EULEXIN' neutraliza a atividade dos androgênios supra-renais, os quais colaboram com 40-50% do total da atividade androgênica no tecido neoplásico e que continuam a estimular o câncer após a castração Medicamentosa ou Cirúrgica.

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS:

- Não tem Ação Androgênica
- Não tem Ação Estrogênica
- Não tem Ação sobre a Glândula Supra-renal
- Não tem Ação Progestínica
- Não interfere na Libido nem na Fertilidade
- Não provoca Inibição Gonadotrófica

APRESENTAÇÃO: Caixa contendo 20 comprimidos de 250mg.

POSOLOGIA: Um comprimido 3 vezes ao dia.

Para maiores informações consulte a
Diretoria Médica da Schering
pelo Telefone: (021) 342-7000.



Schering

Revista Brasileira de Cancerologia

VOL. 34

Nº 4

DEZEMBRO 1988

Col. 2

ÍNDICE

- 199 Editorial *Jorge Wanderley*
- 201 Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social — INAMPS — Campanha Nacional de Combate ao Câncer — CNCC — Programa de Oncologia — PRO-ONCO
- 203 Inamps — Campanha Nacional de Combate ao Câncer — Programa de Oncologia — PRO-ONCO
- 209 Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino — Plano de Trabalho Quinquenal — Período de 1988 a 1993 — Rio de Janeiro-RJ
- 221 Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca — Quinquênio 1988-93
- 241 INAMPS — Hospital de Oncologia — Setor de Suporte Terapêutico Oncológico STO
- 245 Programa Nacional de Combate ao Fumo — Plano de Trabalho para o período 1988-2000
- 255 Subprograma de Educação em Cancerologia
- 260 Anexo 1 — Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em Medicina
- 268 Anexo 2 — Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em enfermagem
- 275 Sumário 1988 — Revista Brasileira de Cancerologia
- 277 Índice de Autores e Títulos — Revista Brasileira de Cancerologia
- 279 Índice de Co-autores — Revista Brasileira de Cancerologia
- 281 Índice de Assuntos — Revista Brasileira de Cancerologia



REVISTA BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro: Luiz Carlos Borges da
Silveira

CAMPANHA NACIONAL DE
COMBATE AO CÂNCER

Superintendente: Geniberto de
Paiva Campos

EDITOR CHEFE:

Jorge Wanderley

EDITORES ASSOCIADOS:

Luis Souhami (Canadá)
Celso Werneck Ribeiro
Josélio Martins Franco
Milton Rabinowits
Roberto Alfonso Arcuri
Ernani Saltz

COMISSÃO DE PUBLICAÇÃO:

Antonio Geraldo Nascimento
(Rio de Janeiro, RJ)
Emilio Mitidieri
(Rio de Janeiro, RJ)
Haroldo Godim Juaçaba
(Fortaleza, CE)
Hiram Silveira Lucas
(Rio de Janeiro, RJ)
Jacob Kligerman
(Rio de Janeiro, RJ)
José Aristodemo Pinotti
(Campinas, SP)
José Baptista da Silva Neto
(São Paulo, SP)
Juvenal Antunes de Oliveira Filho
(Campinas, SP)
Miguel Srougi
(São Paulo, SP)
Sergio Edgar Allan
(Rio de Janeiro, RJ)
Sergio Luiz Faria
(Campinas, SP)
Sergio Petrilli
(São Paulo, SP)
Walter Roriz de Carvalho
(Rio de Janeiro, RJ)

JORNALISTA RESPONSÁVEL:

Lêda Di Martino

SECRETÁRIA:

Rosylene Moreira Lima de
Assunção

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

Presidente: Luiz Carlos Calmon
Teixeira — BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Presidente: Núbia Mendonça — BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ONCOLOGIA CLÍNICA

Presidente: Adalberto Broecker
Neto — RS

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

© 1988 Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

A Revista Brasileira de Cancerologia (ISS 0034-7116) é uma publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia. É editado um volume anual dividido em quatro números. Impresso no Brasil.

Todos os direitos de cópia (Copyright) reservados © 1988.
Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

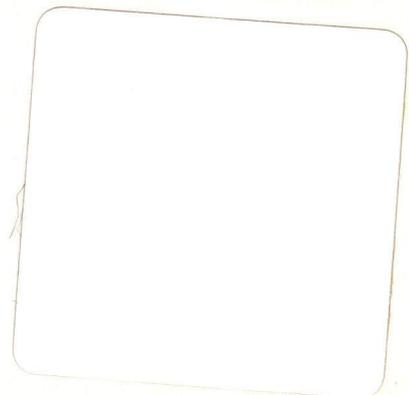
Endereço editorial: Revista Brasileira de Cancerologia
Praça Cruz Vermelha, 23, sala 320
20230 — Rio de Janeiro — RJ
Brasil

Informações sobre o direito de cópia (Copyright). É condição para efeitos da publicação que os manuscritos enviados a esta Revista sejam inéditos e destinados exclusivamente a ela. Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em que os direitos de cópia sejam transferidos ao editor desde que aceite para publicação. Os direitos de cópia (Copyright) incluem os direitos exclusivos para reproduzir e distribuir o artigo, incluindo separata, reproduções fotográficas, microfilmagem ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, arquivada em sistema recuperável ou de transmissão em qualquer forma outra sem permissão por escrito do possuidor dos direitos de cópia (Copyright).

Outras revistas científicas e as publicações de sumários podem reproduzir os resumos dos artigos publicados sem autorização prévia.

Os autores são os responsáveis exclusivos pelas opiniões expressas nos trabalhos assinados. A menção de companhias ou empresas específicas ou de certos produtos manufaturados não implica em que eles sejam recomendados ou endossados pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer nem pela Sociedade Brasileira de Cancerologia.

A Revista Brasileira de Cancerologia (Rev. Bras. Cancerol.) está indexada no Index Médico Latino-Americano — ISSN — 0034-7116



EDITORIAL

Fechando o ano de 1988 a Revista Brasileira de Cancerologia traz neste número os vários programas de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, desenvolvido em conjunto pelo Ministério da Saúde/Campanha Nacional de Combate ao Câncer, através do Pro-Onco e o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS/Hospital de Oncologia.

Destacam-se o Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino, o Projeto de Expansão da Prevenção do Controle do Câncer de Boca, o Suporte Terapêutico Oncológico ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais, o Programa Nacional de Combate ao Fumo e o Subprograma de Educação em Cancerologia, todos de importância para o controle da doença no país.

Merece menção o setor de Educação em Cancerologia, que permanece como um dos pontos de discussão aberta e franca na medicina. Postas de lado — para já com isto obter alguma simplificação — as qualificações de cada médico e de cada serviço envolvido, que diferenças haveria no tratamento de (digamos) um câncer gástrico quando realizado por cirurgião gastrenterológico ou por cirurgião oncologista? Em princípio, devem ambos estar qualificados para a tarefa. Mas considerando o grau de exclusividade de atuação de cada um, é concebível esperar no primeiro, maior familiaridade com as complicações específicas dessas cirurgias, como as disfunções hidroeletrólíticas pós-operatórias, por exemplo, e no segundo maior aptidão para antecipar o trabalho do oncologista clínico que desse seguimento ao tratamento cirúrgico — para ficarmos somente com um exemplo simplificador. Pois bem: não de ser questões desta ordem que subjazem à questão maior do ensino da cancerologia nas faculdades de medicina no Brasil. Qualquer das duas opções — a oncologia como setor autônomo de ensino ou como área atomizada a ser ensinada em cada especialidade, como subcapítulo — é defensável, se considerarmos a ambas em um nível teórico de excelência — no ensino, no aprendizado, na prática. Mas será que é do nível da excelência, a realidade brasileira do ensino médico, do aprendizado e da prática diária? Tudo leva a crer que não. É preciso contar *também* com este complicador.

Jorge Wanderley
Editor

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

A Revista Brasileira de Cancerologia tem por finalidade de publicar artigos originais que contribuam para o conhecimento sobre o câncer e ciências afins. Publica também artigos para as seções de Atualização, de Revisão e de Notas e Informações. Aceitam-se também matérias encaminhadas como Cartas ao Editor.

Os textos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Cancerologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da Revista e da decisão do corpo Editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos. Os trabalhos aceitos e publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma, sem a autorização da Comissão de Publicações.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redatoriais no seu texto, para adequação do estilo editorial da Revista. No caso do trabalho incluir informações previamente publicadas (tabelas, figuras, etc.) é da responsabilidade do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos responsáveis pelo *copyright*.

Os trabalhos devem ser endereçados em duas vias (um original e uma cópia) para:

EDITOR
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
PRAÇA CRUZ VERMELHA, 23 – sala 320
20230 – RIO DE JANEIRO – RJ – BRASIL

Devem ser escritos em língua portuguesa, em inglês ou espanhol. Devem limitar-se a 15 páginas datilografadas em uma só face, com máquina de tipo "standard", com espaço duplo, em folha de papel tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3cm. Na página de rosto devem constar o título, nome(s) do(s) autor(es), qualificação profissional e docente de cada um, o local de realização do trabalho e seu endereço. Se o trabalho tiver sido apresentado em reunião científica, isto deve ser indicado no rodapé da página; se for subvencionado, indicar o patrocinador e o número do processo.

Cada componente do trabalho deve ser iniciado numa nova página, na seguinte seqüência:

- . Página de Rosto
- . Sumário com Unitermos
- . Texto
- . Agradecimentos
- . Referências Bibliográficas
- . Tabela – Cada tabela completa com título e legenda numa folha separada

Legendas para figuras

Cada página deverá incluir um cabeçalho com título em forma reduzida de não mais de 40 caracteres (incluindo letras e espaços) e o sobrenome do autor responsável.

Numerar as páginas consecutivamente começando pela página de rosto.

RESUMOS – Devem ser apresentados dois resumos, um em português e o outro em inglês, no máximo com 300 palavras. Unitermos devem acompanhar os resumos, até o máximo de 10.

TEXTO – O texto dos artigos originais deverá ser, se possível, dividido nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – Devem ser apresentadas de acordo com os exemplos abaixo:

– *Artigos de Revista* (listar todos os autores quando sejam seis ou menos; se forem sete ou mais, listar somente os três primeiros e acrescentar *et al.*).

Ex.: Kroeff M. Câncer e Gravidez. Sarcoma da parede abdominal com várias recidivas ligadas a gestações. Rev. Bras. Cancerol. 1947; 1: 31-41.

Hersh EM, Mavligit GM, Gutterman JU. Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation of the cancer patient. Med. Clin. North Am. 1976; 60: 623-639.

– *Livros*

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.

– *Capítulo de livro*

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.

Numerar as referências consecutivamente na ordem nas quais elas são citadas no texto. Use o estilo dos exemplos acima. Os títulos dos jornais deverão ser abreviados de acordo com o estilo utilizado no Index Medicus. A exatidão das referências bibliográficas é da responsabilidade dos autores.

Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citados em nota de rodapé.

TABELAS – Deverão ser datilografadas em espaço duplo e em folhas separadas. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos seguidas de um título específico. As informações contidas devem ser suficientemente claras e devem suplementar, e não duplicar, o texto.

FIGURAS – Devem ser remetidos os originais e não fotocópias. As fotografias devem ser em preto e branco e em papel brilhante, de pelo menos, 12 x 9cm suficientemente claras para permitir uma boa reprodução. Os desenhos devem ser feitos a nanquim preto e as letras traçadas por normógrafo. As legendas para as figuras deverão ser datilografadas em espaço duplo em folhas separadas.

SEPARATA – De cada trabalho são tiradas 15 separatas, entregues ao autor responsável.

A RBC segue as orientações elaboradas pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicadas sob o nome Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (Annals of Internal Medicine 1982; 96 (part. 1): 766-771) e sugere aos autores sua consulta em caso de dúvida.

**Instituto Nacional de Assistência
Médica
e Previdência Social — INAMPS
Campanha Nacional de Combate ao
Câncer — CNCC
Programa de Oncologia — Pro-Onco**

Inamps Campanha Nacional de Combate ao Câncer

Programa de Oncologia PRO-ONCO

Pessoal/ Gerência

Gerente

Ernani Saltz

Assessora de Editoração

Nathercia Martinelle (bióloga)

Equipe Administrativa

Alexandre Octavio Ribeiro de Carvalho

Marcia de Azevedo

Paulo Roberto Bastos Penedo

Pilar Schlaepfer Prado Figueira

Vera Maria Guimarães Lopes de Brito

Zuleyga Pereira Dias

Subprograma de Informação em Câncer — s-PIC

Gerente do s-PIC

Gilson Prego (epidemiologista)

Coordenadora do RNPT

Lucília Reis Pinheiro (bióloga)

Equipe Técnica

Elizabeth de Carvalho Alves (patologista)

Equipe Administrativa

Alexandre Ferreira de Souza

Iracema Breves dos Santos

Jorge Luiz Pereira da Costa

José Marques dos Santos

Maria Justina Padula Ribeiro

Marília Reis Rigó

Roberto da Silva Oliveira

Subprograma de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer — s-PEPCC

Gerente do s-PEPCC

Magda Cortes Rodrigues Rezende (oncologista)

Coordenadores de Projetos

Evaldo de Abreu (oncologista)

Luiz Antonio Stein Neves (dentista)

Equipe Técnica

Anna Maria Carvalho Schneider (enfermeira)

Antonio Manoel Rodrigues da Silva (dentista)

Emilia Rebelo Lopes (ginecologista)

Mariangela Freitas Lavar (enfermeira)

Ricardo Cardoso de Mello (ginecologista)

Sandra Faulhaber (médica do trabalho)

Subprograma de Promoção e Proteção da Saúde — s-PPS

Gerente do s-PPS

Vera Luiza da Costa e Silva (pneumologista)

Subprograma de Educação em Câncer — s-PEC

Gerente do s-PEC

Maria Inez Pordeus Gadelha (oncologista)

Fundamentos:

1.1. Por que intervir:

O câncer é uma patologia cuja possibilidade de cura na maioria de suas formas ainda é limitada pela eficácia das terapêuticas disponíveis. Esta eficácia, por sua vez, está diretamente relacionada ao grau de extensão da doença quando é instituído o primeiro tratamento, assim como à qualidade dos recursos utilizados para tratá-la.

Como incide prevalentemente sobre as faixas etárias mais avançadas, é uma doença essencialmente do adulto.

No Brasil, as doenças crônico-degenerativas, e entre elas o câncer, vêm recebendo atenção caracterizada por ações especialmente curativas, centradas em ambulatoriais e/ou hospitais especializados, com alta tecnologia e alto custo, dirigidas a pacientes com doença instalada, freqüentemente avançada, ou já tratada e recidivada.

Esta situação é provocada por fatores tais como a falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce; a falta de definição entre os serviços de saúde sobre o caminho oficial a ser seguido pelo paciente, desde a primeira queixa ao diagnóstico e ao tratamento especializado.

Os recursos especializados, por outro lado, além de limitados em termos de eficácia terapêutica mostram-se mal distribuídos levando à necessidade de serem utilizados mais racionalmente.

O problema é agravado pela inexistência de programas abrangentes de educação continuada, visando a capacitação profissional para suspeitar, diagnosticar e tratar a doença em suas formas iniciais.

Assim, não há compromisso do generalista com o diagnóstico, apesar dele estar na linha de frente, na entrada do sistema e ser o primeiro com possibilidade de diagnosticar precocemente a doença. Por outro lado, não há uma definição exata da competência necessária a quem se dispõe a tratar câncer, permitindo que profissionais sem preparo satisfatório intervenham de forma inadequada tirando as chances do primeiro tratamento bem conduzido.

Como conseqüência, apesar dos avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, com incorporação de novos e poderosos recursos de diagnóstico e tratamento, não houve no país, nos últimos quarenta anos, modificação da mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer.

Levando-se em conta o crescimento e o envelhecimento da população, assim como a industrialização e a urbanização, agravados pela cobertura inadequada dos Serviços de Saúde, esses dados tornavam evidente a necessidade de mudar a estratégia de controle das doenças não transmissíveis, combinando ações preven-

tivas de promoção e proteção à saúde, às medidas diagnósticas e terapêuticas, com especial atenção às providências para realizar diagnósticos precoces.

1.2. Como intervir:

Para mudar o estado atual era, portanto, necessário investigar e analisar sistematicamente o problema, sua dimensão no momento e projeções para o futuro, suas causas e os fatores e tendências sociais, demográficas, econômicas, tecnológicas, políticas, etc., que estavam influenciando no ambiente sobre o qual e no qual se formulavam as políticas para a saúde do adulto.

Por outro lado, era necessário colocar as necessidades e demandas frente às potencialidades do setor saúde para atendê-las, tanto no que dizia respeito ao conhecimento dos recursos disponíveis, quanto à possibilidade de incorporar novas estratégias de ação.

Tornava-se claro que as instituições de saúde do país não eram as únicas responsáveis pelos problemas da saúde, estando igualmente envolvidas aquelas que indiretamente participavam do processo, até mesmo por contribuir como geradoras dos riscos que estavam afetando a saúde da população.

Sabia-se, também, que todos os níveis de atenção desde o primário ao terciário, com suas respectivas estruturas de saúde, deveriam estar envolvidos já que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer são executados por todo o complexo assistencial, quer no setor público ou privado, lucrativo ou não.

A proposta de intervenção incluía necessariamente a participação das seguintes instituições:

- Ministério da Saúde
- Ministério da Previdência e Assistência Social
- Ministério da Educação
- Ministério do Trabalho
- Ministério do Interior
- Ministério da Ciência e Tecnologia
- Ministério da Agricultura
- Ministério da Indústria e Comércio
- Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais
- Instituições do Poder Legislativo nos níveis Federal, Estadual e Municipal
- Associações profissionais e entidades científicas
- Instituições com interesse comunitário (ligas de combate ao câncer, igrejas, clubes de serviços, etc...)

A política desenvolvida pelo Ministério da Saúde através da DNDCC para controle do câncer no país passou, a partir de então, a ser a de investir esforços no sentido de buscar a participação de todos os órgãos com qualquer possibilidade de atuação — seja quanto às medidas de promoção e proteção à saúde, à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à pesquisa em serviço e epidemiológica e ao ensino — com

o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade por câncer.

Enquanto as Ações Integradas de Saúde vivenciam um processo de transição e a reforma sanitária não se encontra consolidada de modo a garantir a eficiência e a eficácia das ações, o Ministério da Saúde vê a necessidade de continuar formulando as estratégias de controle de programas prioritários, atuando não apenas como normalizador mas, também, e principalmente, como catalisador das instituições responsáveis. Através dessa medida, espera conhecer melhor a estrutura existente no país para atenção ao câncer e tendo seus responsáveis sentados a uma mesma mesa, estudar a maneira de corrigir as necessidades através do apoio mútuo, tanto no que diz respeito à disposição financeira, quanto ao remanejamento de recursos ociosos.

No momento em que a constituição ou implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos Estados, passa aos seus governos toda a responsabilidade de comando, parece oportuno que o Ministério da Saúde assuma a tarefa de coordenar, regulamentar e monitorar junto aos mesmos as atividades relativas ao controle do câncer, dentre as demais do tipo de assistência médica especializada.

Esta forma de ação, fundamentalmente cooperativa, teve seu passo mais decisivo quando em julho de 1987 foi assinado um protocolo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde, através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), denominado Programa de Oncologia (PRO-ONCO).

Na consecução de seus objetivos buscaria a participação das Instituições de Saúde do país, através de convênios de participação como aquele que fora celebrado para a sua criação.

Bases políticas

2.1. Primeiros passos:

Em 1986, a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) a quem a Divisão está vinculada no Ministério da Saúde (MS), apresentaram uma espécie de CARTILHA das doenças crônicas degenerativas*, demonstrando a importância desse grupo de doenças no contexto epidemiológico. Objetivava superar a falsa dicotomia e a situação estagnada entre as ações preventivas e curativas no planejamento da saúde e retomava a Epidemiologia como uma ferramenta indispensável ao trabalho dos profissionais de saúde.

Lembrava que as mudanças decorrentes do processo de modernização do país se refletiam no perfil de

morbi-mortalidade da população brasileira, demonstrando o quanto era imprescindível ao Setor Saúde rever suas estratégias e preparar-se para enfrentar as doenças crônico-degenerativas, como um dos grandes desafios deste final de século.

Numa seqüência de eventos buscando alcançar esses objetivos, em agosto de 1986, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer criou o Comitê Regional de Câncer no Rio de Janeiro. Em novembro, como avolumavam-se as atribuições do Comitê, até então a cargo de profissionais acumulando funções, foi criado um Grupo de Trabalho permanente para elaboração do chamado Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC). O grupo passou a funcionar na sede da Coordenadoria Regional da CNCC, à Rua do Rezende n.º 128, no Rio de Janeiro, buscando reconhecer os recursos disponíveis para atenção ao câncer no Estado a fim de propor um Sistema de Referência e Contra-Referência. Os demais Estados do país, no entanto, frente a essa atuação restrita a um único estado, desenvolvida por um órgão federal, começaram a solicitar atenção e o então Ministro da Saúde Dr. Roberto F. Santos exigiu que o MS se fizesse presente nos demais estados, de imediato, numa ação abrangente, constituindo-se o PROGRAMA DE ONCOLOGIA/PRO-ONCO.

2.2. Missão do PRO-ONCO — Vocação histórica

O PRO-ONCO vinha resgatar as finalidades básicas pelas quais a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) tinha sido criada e que por falta de estrutura executiva mais ampla vinham sendo realizadas em plano limitado, no âmbito nacional.

Em breve apanhado histórico é importante lembrar que a CNCC foi instituída no Ministério da Saúde aos 22 de dezembro de 1967 e como todas as Campanhas de Saúde constituiu-se em instrumento de trabalho mais flexível ao enfrentamento dos problemas de saúde no país. De acordo com o artigo 2.º de seu decreto de criação, destinava-se a "intensificar e coordenar, em todo o território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, diagnóstico precoce, assistência médica, formação de técnicos especializados, pesquisa, educação social e de recuperação, relacionadas às neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência".

Em vista das limitações de verbas na área da saúde, no entanto, apesar da flexibilidade financeira e administrativa conferida à luta contra o câncer por sua institucionalização sob forma de campanha, a CNCC continuou a atuar sob a "forma campanhista" que utilizara até então, no desenvolvimento de suas atividades, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde. Assim, suas atuações, muitas vezes heróicas e levadas avante pelo desempenho e determinação in-

dividual de profissionais abnegados, ficavam sem continuidade e sujeitas à política do momento.

Em 1980 a CNCC assumiu o importante encargo de participar da recuperação do Instituto Nacional de Câncer no Rio de Janeiro, como gestora técnico-administrativa dos recursos repassados do INAMPS, e nos anos seguintes esse passou a ser seu principal nível de atuação voltando-se como todo o sistema de saúde vigente no país a dar prioridade às ações assistenciais.

Em 1985, apesar de todos os progressos alcançados quanto à assistência ao câncer, a mortalidade continua-

va a elevar-se, constituindo em várias capitais brasileiras a segunda causa de óbito, só superada pelas doenças cardiovasculares. Demonstrava-se assim a necessidade de estimular as medidas de prevenção, promoção e proteção da saúde, durante anos preteridas, quando somente se dava atenção às medidas assistenciais. Entendia-se que para modificar o perfil da morbi-mortalidade por câncer devia-se propor, além das medidas diagnósticas e terapêuticas ao nível dos indivíduos, uma visão populacional com propostas de intervenção coletiva junto aos fatores de risco sem no entanto excluir a área assistencial.

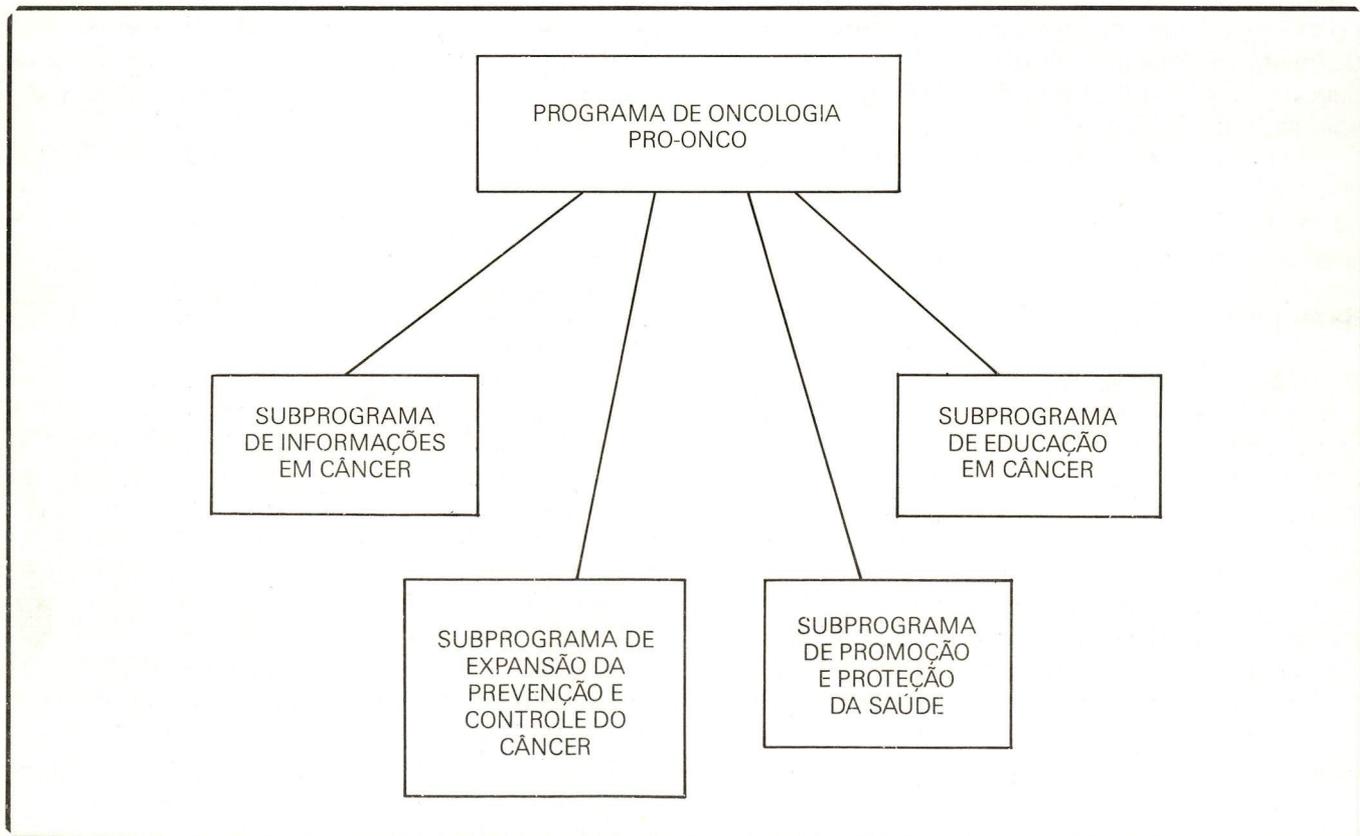
Ministério da Saúde

Campanha Nacional de Combate ao Câncer

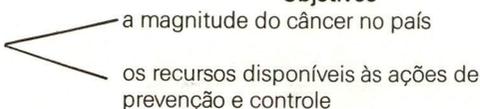
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

PRO-ONCO

Objetivo
Reduzir a morbimortalidade por câncer no Brasil



PRO-ONCO — Subprograma de Informações em Câncer.**Objetivos**

Conhecer 

- a magnitude do câncer no país
- os recursos disponíveis às ações de prevenção e controle

Estratégias

Utilização das fontes de informações disponíveis
Implantação/Implementação de novas fontes de informação

PRO-ONCO — Subprograma de Informações em Câncer.**Principais atividades**

- Coordenação do Registro Nacional de Patologia Tumoral/RNPT
- Co-participação/Registros de Câncer de Base Populacional
- Consultoria — treinamento/registros de hospitais de câncer
- Levantamento de mortalidade/Cadastro de Mortalidade (MS)
- Levantamento de programas em andamento/câncer cérvico-uterino/câncer de boca
- Levantamento de recursos humanos e materiais disponíveis à prevenção e controle
- Levantamento de exames citopatológicos realizados no país em 1987

PRO-ONCO — Subprograma de expansão da prevenção e controle do câncer.**Objetivo**

Expandir as ações de prevenção e controle das formas de câncer prioritárias no Brasil

Estratégias

Elaboração de Projetos/Co-participação na adequação de recursos
Assessoramento na hierarquização e regionalização da assistência

PRO-ONCO — Subprograma de expansão da Prevenção e Controle do Câncer.**Principais atividades**

- Elaboração de projetos de expansão da prevenção e controle para cânceres prevalentes — colo de útero e boca
- Elaboração de projetos para áreas deficitárias — pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA)
- Reunião de consenso/câncer cérvico-uterino
- Ações de expansão da prevenção do câncer cérvico-uterino — ampliação da colheita — ampliação do diagnóstico/SISTEMA PITEC
- Ações de expansão da prevenção, do diagnóstico e da reabilitação de pacientes com câncer de boca
- Ações de expansão da assistência ao paciente FPTA
- Viabilização dos sistemas hierarquizados e regionalizados de assistência ao paciente com câncer
- Viabilização da aquisição de equipamento de radioterapia — Convênio Brasil/Canadá

PRO-ONCO — Subprograma de Promoção e Proteção à Saúde.**Objetivo**

Controlar os fatores de risco e comportamentos nocivos à saúde que possam levar ao câncer

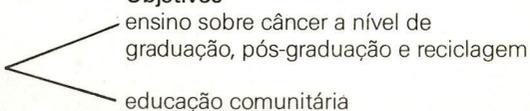
Estratégia

Co-participação no
Programa Nacional de Combate ao Fumo

PRO-ONCO — Subprograma de Promoção e Proteção à Saúde — Programa Nacional de Combate ao Fumo —**Principais atividades**

- Ação de coordenação/formação de grupos estaduais e recursos humanos
- Ações educativas/escolas, profissionais de saúde e educação, comunidade — grávidas
- Ação legislativa e na esfera econômica/legislação estadual e municipal, "lobby" legislação federal, elevação do custo do cigarro e o não-apoio às atividades agrícolas e industriais
- Ação médico-social/programas — deixar de fumar em entidades não-governamentais
- Ação de pesquisa e informação — pesquisa: estilo de vida

PRO-ONCO — Subprograma de Educação em Câncer.**Objetivos**

Promover 

- ensino sobre câncer a nível de graduação, pós-graduação e reciclagem
- educação comunitária

Estratégias

Proposta — assessoramento — realização de ações educativas nos níveis profissional e comunitário

PRO-ONCO — Subprograma de Educação em Câncer.**Principais atividades**

- Campanhas de educação comunitária/câncer de mama e de colo de útero
- Elaboração e implantação de material instrucional para estudantes de medicina (livro, slides, vídeo)
- Cursos básicos de oncologia
- Elaboração de manual de quimioterapia para profissionais de enfermagem
- Elaboração de documento-base para introdução do ensino da cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem e odontologia
- Elaboração e distribuição de materiais educativos em câncer cérvico-uterino e de boca — manual, álbum seriado, slides, folhetos

Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino

Plano de Trabalho Qüinqüenal — Período 1988 a 1993
Rio de Janeiro-RJ

Ministro da Saúde

Luiz Carlos Borges da Silveira

Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde

Celso Fetter Hilgert

Diretor da Divisão Nacional de Doenças Crônicas e Degenerativas

Geniberto Paiva Campos

Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

José Ribamar Serrão

Gerente do Programa de Oncologia

Ernani Saltz

Elaboração

Evaldo de Abreu

Emília Rebelo Lopes

Colaboradores

Magda C.R. Resende (PRO-ONCO)

Gilson Prego (PRO-ONCO)

Ricardo Cardoso de Mello (PRO-ONCO)

Maria das Mercês P.L. Cunha (M. da Saúde)

Romero B. Barbosa (M. da Saúde)

Mário Jaconianni (PITEC)

Maria de Fátima C. Lopes (DINSAMI — M. da
Saúde)

Giorgio M. Frapiccini (INAMPS)

Mauro de S.A. Rocha (S.M.S. — Rio de Janeiro)

Fernando Monastério (S.E.S. — RJ)

Luiza Costa dos Reis (S.E.S. — RJ)

Estela Maria Leão de Aquino (INCa)

1. Introdução

- 1.1. Câncer Cérvico-Uterino
- 1.2. Câncer Cérvico-Uterino no Brasil
- 1.3. Ações de Prevenção no Brasil
- 1.4. Periodicidade e Faixa Etária

2. Proposta do Ministério da Saúde para as Ações de Prevenção e Controle

- 2.1. Objetivos
- 2.2. Metas
- 2.3. Estratégias
- 2.4. Avaliação

3. Desenvolvimento do Projeto

4. Bibliografia

1. Introdução

1.1. Câncer cérvico-uterino

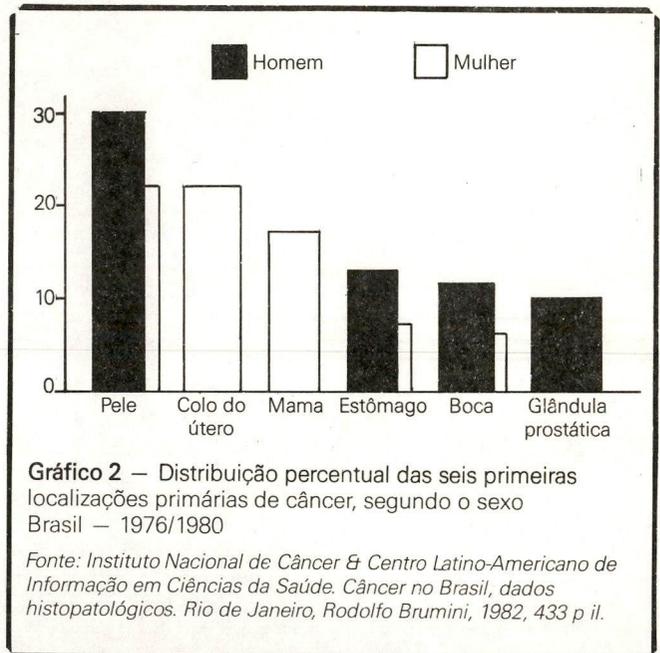
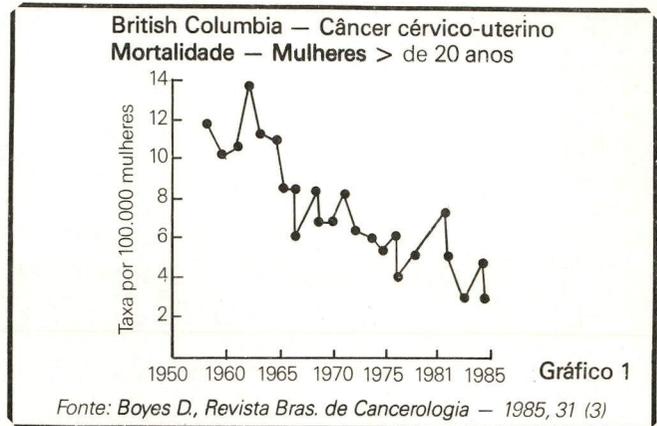
O câncer de colo uterino é uma doença cuja história natural é bem conhecida com etapas definidas e que permite, diante de um diagnóstico precoce, a interrupção de seu curso. Os programas de prevenção e diagnóstico precoce dessa neoplasia são considerados de baixo custo à medida em que a relação custo-benefício é nitidamente vantajosa; são de fácil execução e a patologia, quando detectada precocemente, apresenta elevado índice de cura. Quando, no entanto, é diagnosticada tardiamente, quase sempre na sua fase sintomática, apresenta um comportamento extremamente grave, com algum custo terapêutico e baixa probabilidade de cura.

São definidos como fatores de risco para o desenvolvimento da doença: o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais (masculinos e femininos) e as doenças sexualmente transmissíveis. Acresce em importância o não rastreamento por programas de prevenção, além de outros fatores relacionados ao nível sócio-econômico.

Vários estudos associam a ação de determinados tipos de vírus, tais como: o papilomavírus (HPV 16, 18, 31, 35,...) e vírus do herpes, tipo II (HSV II) à carcinogênese do colo uterino.

É importante destacar que um programa de prevenção²¹ bem estruturado e que consiga uma cobertura de 85% da faixa etária de risco para câncer de colo, seria capaz de reduzir a taxa de mortalidade por esta patologia em 90%.

Em British Columbia no Canadá⁵, um programa iniciado em 1962 e que em 1985 havia alcançado 85% das mulheres maiores de 20 anos, conseguiu reduzir a mortalidade por câncer de colo uterino a 3:100.000 (Gráfico 1).

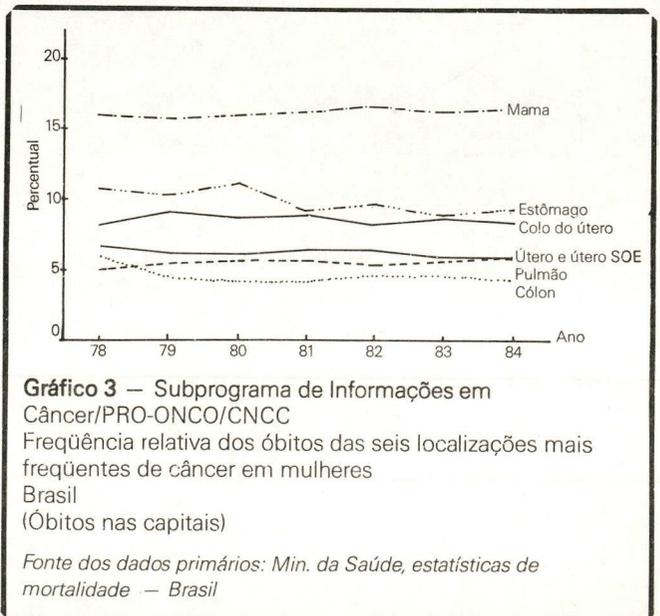


1.2. Câncer cérvico-uterino no Brasil

No período de 1976 a 1980, o câncer de colo uterino representou a neoplasia maligna de maior frequência relativa na população feminina com marcantes diferenças regionais (Gráfico 2).

Em relação à mortalidade, o câncer de colo uterino, juntamente com o câncer da mama, apresentaram — no período de 1978 a 1984 — as maiores taxas de mortalidade entre as mulheres (Gráfico 3). Evidenciam-se também as diferenças regionais, com os índices das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste superiores aos das Regiões Sul e Sudeste (Gráficos 4-A, 4-B, 4-C, 4-D e 4-E).

Atualmente, os recursos terapêuticos disponíveis, quando utilizados nas fases iniciais da doença, mostram-se eficazes. Entretanto, a maioria das pacientes chega aos serviços médicos especializados na fase sin-



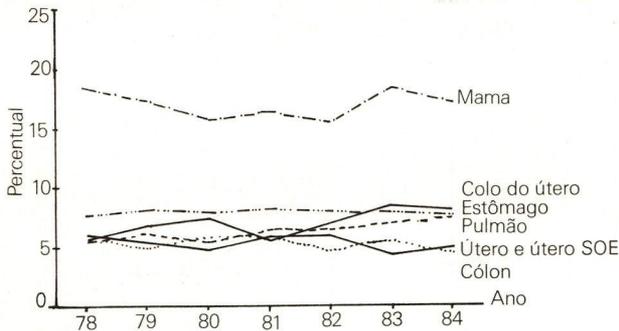


Gráfico 4A – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Sul
 (Óbitos nas capitais)

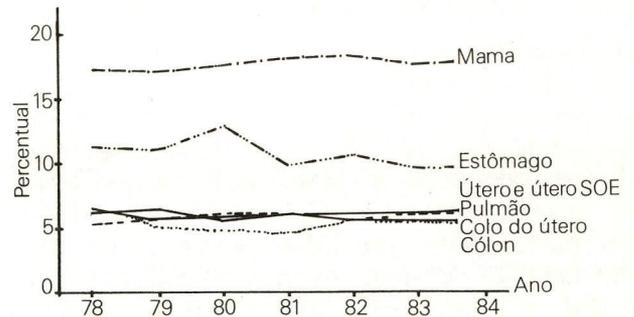


Gráfico 4B – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Sudeste
 (Óbitos nas capitais)

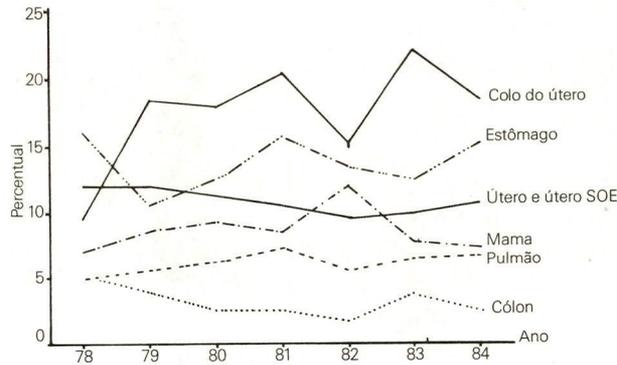


Gráfico 4C – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes do câncer em mulheres
 Região Norte
 (Óbitos nas capitais)

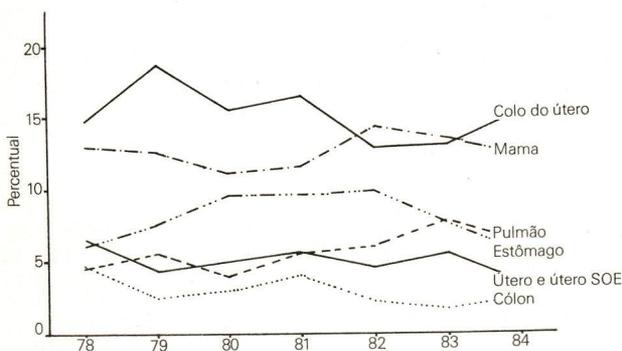


Gráfico 4D – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Centro-Oeste
 (Óbitos nas capitais)

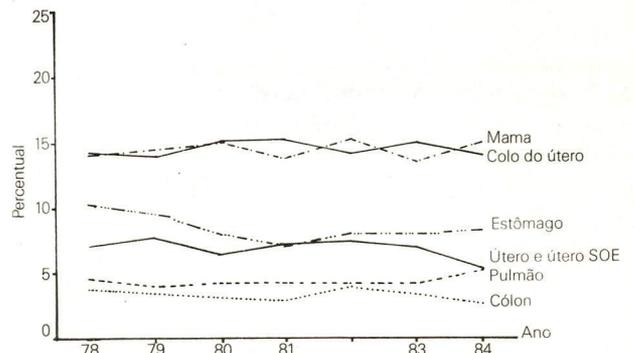


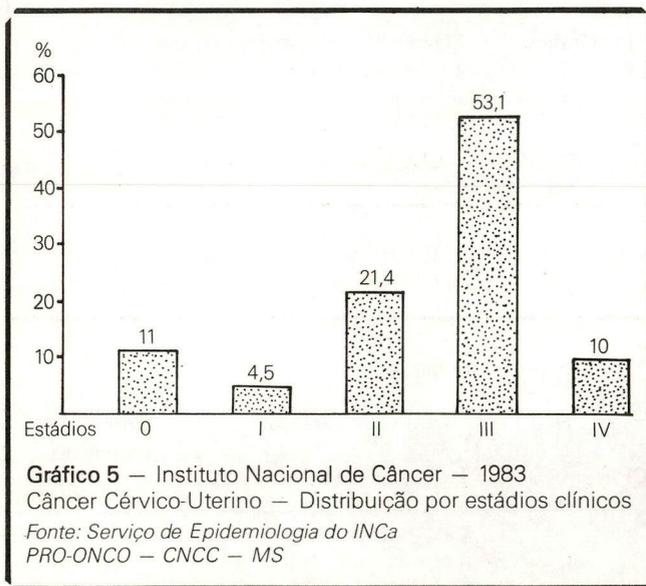
Gráfico 4E – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Nordeste
 (Óbitos nas capitais)

Fonte dos dados primários: Min. da Saúde, estatísticas de mortalidade – Brasil

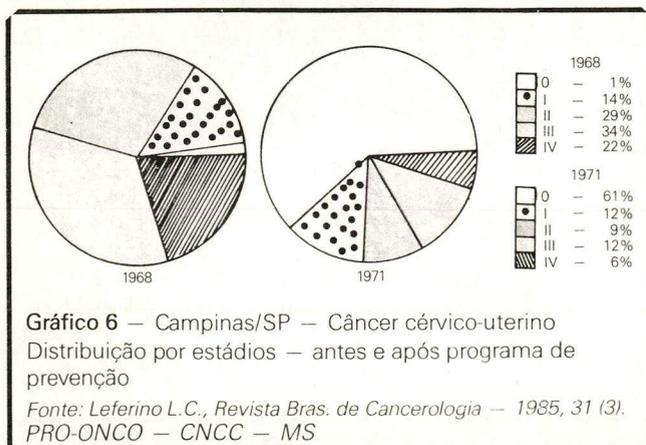
tomática da doença, quando esta já se encontra em fase avançada e, portanto, com poucas chances de cura (Gráfico 5). Sabe-se que a incorporação de avançados recursos terapêuticos como, por exemplo, a radioterapia de alta voltagem, isoladamente, não é capaz de modificar o perfil de mortalidade por este tipo de câncer.

Somente através de ações preventivas pode-se alcançar de forma efetiva e com baixo custo o controle da doença. O exame citológico do conteúdo cérvico-vaginal periódico, realizado na fase assintomática, permite o diagnóstico precoce, principalmente da neoplasia intra-epitelial cervical — NIC (displasia), considerada lesão precursora.

Como exemplo citamos trabalho desenvolvido pela Universidade de Campinas⁷, que em 3 anos de atendimento obteve um importante decréscimo na frequência das formas avançadas, ao mesmo tempo em que houve um grande aumento de diagnóstico de casos iniciais (Ca in situ — NIC III) (Gráfico 6).



Obs: O gráfico acima corresponde a um total de 337 pacientes portadoras de câncer de colo uterino atendidas e devidamente estadiadas no INCa no ano de 1983.



1.3. Ações de prevenção no Brasil

Durante décadas prevaleceu no Brasil uma abordagem notadamente curativa das doenças crônico-degenerativas e, especialmente, do câncer. Esta política levou a um processo de incorporação de avanços tecnológicos na área terapêutica e a um quase total descaso para as ações preventivas. Observa-se hoje uma baixa produtividade na rede básica de saúde, em relação à capacidade laboratorial instalada¹ (Gráfico 8) e uma qualidade de atendimento nem sempre satisfatória.

Além disso, há uma total descoordenação entre as Instituições prestadoras de serviço, o que implica em elevado número de pacientes com citologia anormal, que não alcançam os recursos terapêuticos^{2,4,14,17}.

A cobertura para exame citológico (Papanicolaou) está estimada em 2% da população feminina do país³, sendo que em algumas capitais, como Rio de Janeiro, por exemplo, esta cobertura pode alcançar os 10% (Gráfico 9). Quando sabemos que a cobertura estimada pela O.M.S., para que um programa seja efetivo, é de 85%, entendemos o porquê da situação atual do câncer de colo no país.

As iniciativas para o desenvolvimento das ações preventivas no Brasil^{7,10}, até o momento, quase sempre foram isoladas e desarticuladas dos serviços em todos os níveis de complexidade. No entanto cabe ressaltar que existem algumas ações que, apesar de isoladas e com poucos recursos, se constituem em um trabalho válido e benéfico para as populações por eles alcançadas.

Entende-se que as ações de prevenção, para terem a abrangência necessária ao controle da doença, necessitam integrar todas as instituições prestadoras de serviços de saúde nos diferentes níveis de atendimento. É fundamental a descentralização da colheita na medida em que facilita o acesso das mulheres às unidades da rede básica, promovendo a expansão da cobertura. Por sua vez, a centralização do diagnóstico citohistopatológico permite a melhora do controle da qualidade, a unificação do sistema de informação e a racionalização de custos.

Proposta do Ministério da Saúde na Ação de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino

O Ministério da Saúde, como instância normalizadora, vem desenvolvendo através da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) e da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), uma política de trabalho que objetiva descentralizar e ampliar as ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino.

Em 1983-84, a DINSAMI/MS definiu as bases de assistência integral à saúde da mulher.

A partir de 1985-86, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher e a Direção Geral do INAMPS passaram

EM RECIFE, 6 EM CADA 100 MULHERES PODERÃO
VIR A TER UM CÂNCER DE COLO UTERINO
INVASIVO



Gráfico 7 — Câncer de colo uterino invasivo
— Risco cumulativo aproximado —
(6 a 74 anos de idade)

Fonte: O.P.A.S./O.M.S.

PRO-ONCO — CNCC — MS

Gráfico 8 — Avaliação dos laboratórios de citopatologia de referência em algumas unidades federativas, quanto à produtividade esperada, realizada e o potencial de expansão em relação aos recursos humanos por nível profissional, 1984.

Especificação	Produtividade		Recursos humanos			Potencial/ Expansão %
	Esperada	Observada	Nº	Relação		
U. Federativa			CP	CT	(CP/CT)	
Sergipe	38.400	11.530	2	4	1:2	233,0
Alagoas	57.600	16.630	2	6	1:3	246,3
Pernambuco	134.400	62.674	7	14	1:2	114,4
R.G. Norte	67.200	25.566	8	7	1:0,8	162,8
Ceará	67.200	33.763	7	1	1:0,1	99,0
Piauí	9.600	1.564	1	1	1:1	513,8
Pará	48.000	15.579	1	5	1:5	208,1
Amazonas	67.200	6.964	2	7	1:3,5	864,9
Rondônia	9.600	202	1	—	—	4.652,4
M.G. Sul	19.200	10.796	3	2	1:0,6	77,8
Paraná	28.800	9.390	1	3	1:3	206,7
Santa Catarina	115.200	94.000	5	12	1:2,4	22,5
R.G. Sul	57.600	46.000	2	6	1:3	25,2
Espírito Santo	38.400	6.998	1	4	1:4	448,7
São Paulo:						
Adolfo Lutz	19.200	15.070	1	2	1:2	27,4
Campinas	124.800	60.000	1	13	1:13	108,0
Sorocaba	9.600	4.086	1	1	1:1	134,9
D. Federal						
Sobradinho	28.800	7.111	3	—	—	305,0
Minas Gerais	38.400	28.000	1	4	1:4	37,1

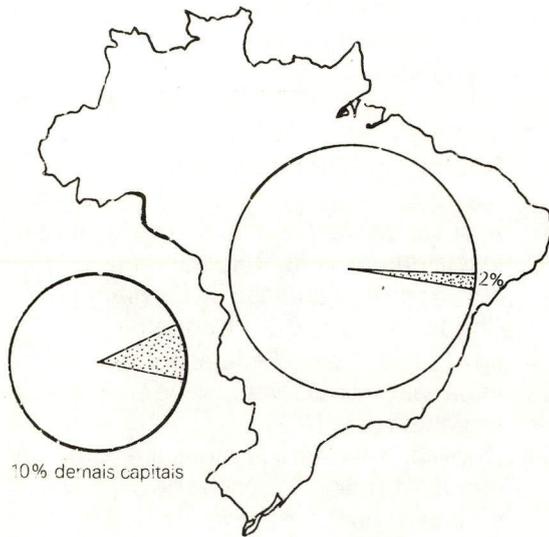


Gráfico 9 Fonte: O.P.A.S. PRO-ONCO – CNCC – MS

a lutar conjuntamente no trabalho de consolidação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a nível nacional. Segundo os princípios de conceito de integralidade da assistência, compõem a Atenção à Saúde da Mulher: a assistência clínica ginecológica, através da atividade de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e da mama; controle das doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao planejamento familiar; abordagem às questões relativas à sexualidade feminina, além da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, através da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Em 1986 foi constituído pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer-DNDCC um grupo de trabalho destinado a desenvolver ações no campo da prevenção e controle do câncer, com o intuito de ampliar o trabalho em desenvolvimento. Foi criado em 1987 o Programa de Oncologia – PRO-ONCO, que estabelece entre outros projetos o de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino.

Neste sentido, constituem atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde:

- a elaboração de materiais instrucionais e apoio para capacitação e treinamento de recursos humanos;
- a produção, elaboração e distribuição de normas de assistência à mulher;
- produção, elaboração e distribuição de material educativo para a população;
- assessoria aos Estados da Federação, no que diz respeito à programação e definição de estratégias;
- a supervisão e a avaliação.

A definição de um modelo assistencial, bem como as questões relativas à organização dos serviços e ao

desenvolvimento do trabalho interinstitucional, são fatores imprescindíveis para a consolidação da ação de assistência integral à saúde da mulher a nível nacional.

O trabalho desenvolvido, na definição de estratégias para a prevenção do câncer cérvico-uterino, compõe um somatório de esforços e recursos no sentido de se obter uma maior resolubilidade dos serviços públicos de saúde e uma conseqüente diminuição da morbi-mortalidade por câncer do colo uterino.

UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER REQUER PLANEJAMENTO E TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO COM AS QUAIS OS SERVIÇOS DE SAÚDE NÃO ESTÃO FAMILIARIZADOS

1.4. Periodicidade e faixa etária

1.4.1 Periodicidade:

O conhecimento da história natural do câncer de colo evidencia ser esta uma doença de progressão lenta, com um intervalo de vários anos entre o surgimento de uma neoplasia intra-epitelial cervical e sua evolução para carcinoma invasor^{9,23} (Gráfico 10).

Estudos epidemiológicos^{6,8,13,29} têm demonstrado que um maior intervalo entre os exames citológicos não compromete a eficiência dos resultados (Gráfico 11). Portanto, sem comprometimento do resultado final, pelo aumento do intervalo entre os exames, pode-se ampliar a cobertura atualmente oferecida, com os recursos já existentes (Gráfico 12).

Gráfico 10 – História natural do câncer de colo uterino

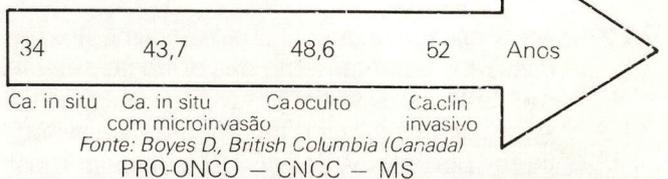


Gráfico 11 -- Câncer cérvico-uterino

Redução na taxa cumulativa / diferentes periodicidades

Periodicidade	Redução na taxa cumulativa (%)
Anual	93.3
Bienal	93.3
Trienal	91.4
Quinquenal	83.9
Decenal	64.2

Fonte: Moss & Day, I.A.R.C. – 1986

Gráfico 12 — Câncer cérvico-uterino

Custo/benefício — Análise de alternativas			
	Alternativas		
	1	2	3
Faixa etária	20-60	20-60	30-60
Periodicidade	Anual	Trienal	Trienal
Nº de exames	41	14	11
* Custo/2.000 mulheres	\$ 164.000	\$ 60.000	\$ 44.000
** Taxa cumulativa (%)	93,3	91,4	91,4

Fonte: *O.P.A.S., ** Muss & Day, I.A.R.C. - 1986

PRO-ONCO — CNCC — MS

1.4.2. Faixa etária:

É importante a definição das faixas etárias nas ações de controle do câncer de colo de útero. Recomenda-se que esta definição seja fundamentada tanto nos dados epidemiológicos quanto na disponibilidade de recursos.

Em situações em que os recursos disponíveis sejam escassos, o alcance social é maior quando se prioriza, em uma primeira fase do programa, uma faixa etária mais elevada.

2. Proposta do Ministério da Saúde para as ações de prevenção e controle

2.1. Objetivos

- 2.1.1. Ampliar a cobertura no que concerne ao exame preventivo.
- 2.1.2. Ampliar o fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis.
- 2.1.3. Assegurar e agilizar o tratamento para as mulheres portadoras de NIC I, II e III (displasias) e carcinoma de colo.
- 2.1.4. Complementar o diagnóstico da rede laboratorial do país.
- 2.1.5. Ampliar a capacidade operacional dos laboratórios de cito-histopatologia da rede pública.
- 2.1.6. Criar um sistema nacional de citologia cervical.
- 2.1.7. Ampliar o conhecimento quanto aos aspectos epidemiológicos, técnicos, operativos da equipe de saúde.
- 2.1.8. Aumentar o nível de informação sobre saúde na comunidade.
- 2.1.9. Estimular o desenvolvimento da pesquisa científica.
- 2.1.10. Avaliar periodicamente os resultados e ações do programa.

2.2. Metas

- 2.2.1. Promover a articulação intra e interinstitucional, com vistas à implantação de programas de prevenção em todas as unidades da federação até 1992.
- 2.2.2. Ampliar a cobertura nas capitais, estimada em 10% para 30%, até 1992.
- 2.2.3. Estender a cobertura nacional dos atuais 2%, até 1992.
- 2.2.4. Ampliar em 100% a capacidade laboratorial instalada em citopatologia, da rede pública, através da implantação de Programas Integrados Tecnológicos em Citopatologia (PITEC), em 15 Estados da Federação, até 1989.
- 2.2.5. Informatizar os laboratórios de citopatologia integrantes do SNCC.
- 2.2.6. Duplicar o número de vagas oferecidas (atualmente 24), para a formação de citotécnicos pelos cursos do Rio de Janeiro e Recife, até 1989.
- 2.2.7. Alcançar 80% da população até 1992, com informações educativas quanto à importância da realização do exame preventivo.
- 2.2.8. Informar e conscientizar, até 1992, 100% dos profissionais que atuam na assistência à mulher, a respeito da importância da prevenção e controle do câncer de colo uterino.
- 2.2.9. Articular com o Subprograma de Informações/PRO-ONCO, visando concentrar em um sistema único, até 1992, as informações que permitam a avaliação das atividades do Programa.

2.3. Estratégias

- 2.3.1. Descentralizar a colheita de material para exame citológico, facilitando seu alcance pela população de risco.
- 2.3.2. Estimular a implantação de ações de prevenção na rede básica de saúde, através de reconhecimento junto aos SUDS dos profissionais de saúde envolvidos nestas ações.
- 2.3.3. Conscientizar os profissionais de saúde para a realização do exame de prevenção nas consultas clínicas, ginecológicas e obstétricas, obedecendo à periodicidade definida pelo Ministério da Saúde.
- 2.3.4. Apoiar, através de assessoria, consultoria, treinamento e formação de pessoal, entidades privadas lucrativas e não-lucrativas no desenvolvimento de ações que resultem na ampliação da oferta de serviços no campo da prevenção.
- 2.3.5. Promover a ampliação, nos moldes do Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia (PITEC), dos laboratórios de citopatologia.
- 2.3.6. Estimular e apoiar a criação de laboratórios de citopatologia nas regiões onde seja diagnos-

- ticada a necessidade de implantação dos mesmos.
- 2.3.7. Integração dos laboratórios de citopatologia da rede pública dentro de uma rede nacional denominada Sistema Nacional de Citologia Cervical.
- 2.3.8. Atuar, juntamente com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, no desenvolvimento de ações que sejam comuns aos dois Programas.
- 2.3.9. Realizar encontros e reuniões de trabalho com os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações na área de saúde da mulher, buscando motivar estes profissionais para o Plano de Expansão.
- 2.3.10. Realizar e apoiar seminários para profissionais da área de saúde sobre as ações de controle do câncer cérvico-uterino.
- 2.3.11. Difundir informações técnico-científicas aos profissionais de saúde, visando sua educação continuada.
- 2.3.12. Difundir informações relativas à evolução do Plano de Expansão, buscando sua permanente atualização.
- 2.3.13. Participar dos congressos das áreas relacionadas, mediante instalação de "stands" para a promoção e divulgação do Plano, através da distribuição de material e projeção de filmes e diapositivos.
- 2.3.14. Apoiar a realização de eventos comunitários relacionados à saúde.
- 2.3.15. Proporcionar recursos para a ampliação dos cursos de formação de citotécnicos já existentes e em funcionamento no Rio de Janeiro e em Recife, nos laboratórios de citopatologia do PITEC.
- 2.3.16. Buscar o reconhecimento da profissão de citotécnico junto aos órgãos competentes.
- 2.3.17. Promover a articulação com universidades e hospitais, para o estabelecimento de protocolos de cooperação, visando o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.
- 2.3.18. Promover o estabelecimento de bolsas de estudo para a reciclagem de profissionais em serviços especializados.
- 2.3.19. Produzir e distribuir material gráfico informativo (cartazes, "folders", cartilhas, álbuns seriados, etc...), sobre o valor da prevenção, para servir de apoio às ações educativas, desenvolvidas junto à comunidade e unidades de saúde.
- 2.3.20. Promover o treinamento de agentes de saúde e líderes comunitários para a difusão de informações sobre o exame de prevenção e sua importância.
- 2.3.21. Promover campanhas de comunicação social através de cartazes, jornais, rádio, TV, outdoors, etc., visando a difusão de informações sobre a importância do exame preventivo à população em geral.
- 2.3.22. Produzir e distribuir cartazes que identifiquem as unidades de saúde que realizam exame preventivo, para orientar a comunidade e sensibilizar os profissionais.
- 2.3.23. Negociar, com organismos nacionais (CNPq, CAPES e outros) e internacionais, a criação de linhas de pesquisa, necessárias ao desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do Plano de Expansão.
- 2.3.24. Implantar, a nível nacional, um modelo único de requisição de exame citopatológico.
- 2.3.25. Estabelecer, através dos laboratórios do Sistema Nacional de Citologia Cervical, um fluxo de informações que possibilite a obtenção dos dados necessários ao desenvolvimento de pesquisas na área de citopatologia.
- 2.3.26. Desenvolver um sistema de coleta e processamento de dados, a partir do modelo utilizado pelo PITEC/Rio de Janeiro, para aplicação nos laboratórios de citopatologia no país.
- 2.3.27. Desenvolver um sistema, a nível central, capaz de interligar todos os laboratórios de citopatologia informatizados no país.

2.4. Avaliação

Indicadores de avaliação

A) Quanto à cobertura — Clientes "Novas"

Taxas	Periodicidade	Indicadores	Especificações
Global	Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos } 1^\circ \text{ vez}}{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos/ano}}$	Registros: Clientes novas: total de examinadas
Específico	Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos } / 1^\circ \text{ vez/grupo etário}}{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos/Ano}}$	

B) Quanto à cobertura — Clientes inscritas nas ações de controle do câncer de colo uterino

Taxas	Periodicidade	Indicadores	Especificações
Global	Trienal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos}}{\text{N}^\circ \text{ total de risco inscritas/3 anos}}$	Registros de ♀ examinadas (se não dispõe/inquerito)
Específico	Trienal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos/grupo etário}}{\text{N}^\circ \text{ total/grupo etário}}$	

C) Quanto ao resultado — impacto

C.1. % de mulheres com NIC	Anual	$\frac{\text{Total casos NIC}}{\text{Total exames citologia/período}}$
C.2. % de mulheres com NIC III e invasivas — citologia	Anual	$\frac{\text{Total casos NIC/grupo etário}}{\text{Total exames citológicos}}$
C.3. Taxa incidência NIC III e invasiva	Anual	$\frac{\text{Total de casos NIC}}{\text{Total NIC III e invasivas}}$ $\frac{\text{Mulheres NIC III}}{\text{Mulheres de risco}}$

D) Quanto à incidência

NIC e invasivas	Anual
-----------------	-------

E) Quanto à mortalidade

Nº de óbitos por neoplasia de colo uterino	Bienal
--	--------

Fontes:

- Laboratórios de Citologia integrantes do SNCC (Sistema Nacional de Citologia Cervical) e através de busca ativa em laboratórios não participantes do Programa.
- No sentido de facilitar e agilizar a obtenção dos dados referentes aos exames citopatológicos propõe-se a implantação de uma requisição de exames, modelo único, a ser implantado em todo o País, que permitirá a informatização dos dados (Anexo 1).
- Censo decenal e PNAD (anual) do IBGE
- Estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde

3. Desenvolvimento do projeto

A viabilização do projeto depende:

- Da integração com os diferentes programas de saúde existentes no País (Materno-Infantil, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Câncer) e com a comunidade, para que se possa estabelecer as inter-relações necessárias e facilitar a operacionalização das atividades.
- Da ampliação dos laboratórios de Citopatologia e da rede de colheita existentes e da criação de outros, em função do aumento da demanda.
- Da articulação com os serviços de nível secundário

e terciário, procurando instituir um sistema de referência e contra-referência eficiente.

Estrutura operacional

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino constitui uma ação do Ministério da Saúde (MS), através da Divisão Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas (DNDCD)/Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); é operacionalizado pelo Programa de Oncologia (PRO-ONCO), recebendo assessoramento do Grupo de Assessoramento Superior em Câncer do Ministério da Saúde.

- Coordenação geral:
Constituído pelo Coordenador de Ciência e Tecnologia do INAMPS e pelo Superintendente da CNCC
- Direção executiva:
Constituída por um Conselho gerencial composto por três gerentes da DNDCD/CNCC/INAMPS
- Supervisão executiva
Exercida por um supervisor, designado pelo Gerente do PRO-ONCO e referendada pelo Superintenden-

te da CNCC e pelo Coordenador de Ciência e Tecnologia do INAMPS

São funções ou atribuições da supervisão do programa:

- Coordenar o seu desenvolvimento
- Elaborar normas e produzir material educativo
- Fomentar a pesquisa
- Elaborar a programação, o cronograma e os orçamentos anuais
- Supervisionar a execução das ações programadas
- Promover a articulação intra e interministerial necessária ao desenvolvimento do Programa
- Acompanhar e avaliar periodicamente a programação

Espera-se, portanto, que os níveis Estadual e Municipal desenvolvam e implantem programas de prevenção até alcançar todos os municípios brasileiros.

A prestação de serviços na área da prevenção e tratamento compete às Unidades de Saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, do INAMPS, da Fundação SESP, das Forças Armadas, dos Serviços de Saúde privados lucrativos e não lucrativos e dos órgãos comunitários.

O PROJETO OBJETIVA ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE OBTER O CONTROLE DA DOENÇA

Articulação intra e interministerial

Articulação intraministerial

Se fará através de trabalho conjunto entre as Divisões: Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) e Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNEPS); Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (DNAL) e Nacional de Educação em Saúde (DNES) da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a Fundação SESP.

Articulação interministerial

Com o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Programa de Oncologia (PRO-ONCO) e da rede de serviços do INAMPS/SUDS — Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

Com o Ministério da Educação, através de ampliação do ensino da Cancerologia a nível de graduação e da reciclagem dos profissionais que atuam na área de serviços.

Com o Ministério da Ciência e Tecnologia, visando obter recursos que propiciem a reciclagem de técnicos

no exterior e a implementação de pesquisas e serviço epidemiológico.

Articulação com as Secretarias de Saúde

A participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde é fundamental ao programa. A descentralização do atendimento a nível primário (colheita) passa necessariamente pela utilização de toda a rede de serviço (postos de saúde, centros de saúde, PAMs, etc...). A implantação dos SUDS por sua vez vem facilitar esta articulação.

Referências Bibliográficas

1. Curha MMP — Avaliação da Rede Laboratorial das Secretarias Estaduais de Saúde. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 213-220.
2. Aquino EML e col. — Situação Atual da Detecção Precoce do Câncer Cérvico-Uterino no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1986; 2 (1): 53-65.
3. Aquino EML — Avaliação da Situação Atual das Ações de Controle. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 135-188.
4. Barbosa RB e col. — Câncer Cérvico-Uterino — Um Problema de Saúde Pública. J Bras Ginecologia, 1986; 65 (7): 305-308.
5. Boyes D — Métodos e Indicadores de Avaliação das Atividades. Rev Bras Cancerologia; 1985; 31 (3): 201-204.
6. Day NE — The Epidemiological Basis for Evaluating Different Screening Policies. I.A.R.C., 1986; 76: 199-212.
7. Zeferino LC — Programação e Avaliação das Atividades de Controle: A Experiência de Campinas. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 205-210.
8. Laara E e col. — Trends in Mortality from Cervical Cancer in the Nordic Countries Association with Organized Screening Programmes. The Lancet, 1987; May 30. 1249-1257.
9. Boyes D — A Experiência Mundial no Controle do Câncer Cérvico-Uterino e da Mama. Tendências e Problemas. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 179-184.
10. Goes JS e col. — Practical Approaches to Screening for Cervical Cancer. Cancer Det Prevention, 1987; 10: 265-277.
11. Ternis M e col. — Carcinoma of the Cervix. JAMA, 1960; 174 (14): 1857-1851.
12. A Who Meeting — Control of Cancer Cervix Uteri. Bulletin of the World Health Organization, 1986; 64 (4): 607-618.
13. Parkin DM, Moss SM — An Evaluation of Screening Policies for Cervical Cancer in England and Wales using a Computer Simulation Model. Journal of Ep. and Community Health, 1986; 40: 143-153.
14. Seminário Nacional sobre Controle do Câncer Cérvico-Uterino e da Mama. Relatório Final. INCa/RJ, 1985.
15. Integración del Setor Salud para el Control del Câncer de Cuello Uterino. Informe del Taller del Istmo Centroamericano. Costa Rica. Maio, 1986.
16. Silva MGC — Sistema de Informações para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino. Brasil, 1986.
17. Seminário de Integração do Setor Saúde para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino. Brasília, DF. DNDCD/SNPES, 1986.
18. Restrepo HE — Conferencia sobre Câncer Ginecológico, Prevención y Control. Costa Rica, 1986.
19. Restrepo HE e col. — Câncer de Cuello Uterino en América Latina y el Caribe. Epidemiologia y control. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri. Geneve, November, 1985.
20. Munoz N, Bosch FX — Epidemiological Aspects of Cervical Cancer of the Cervix Uteri. Geneve, November, 1985.
21. Miller AB — Effect of Screening on Incidence and Mortality of Cancer of the Cervix, Risk Groups and Optimal Screening Schedules. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri. Geneve, November, 1985.
22. Kalache A — The Etiology of Cervical Cancer. A Selective Review of the Literature. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri. Geneve.
23. Gunnlangu G — The Pathology and the Natural History of Carcinoma of the Uterine Cervix. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri.
24. Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Câncer de Cuello Uterino. OMS/OPAS, 1985.
25. Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. Ministério da Saúde. SNPES/DINSAMI/DNDCD/PAISM/INAMPS. Brasil, 1986.
26. Cunha MMPL — Manual do Laboratório Cito-Histopatológico. Ministério da Saúde. SNPES/DNDCD/DINSAMI/DNLPS. Brasil, 1988.
27. Louise AB e col. — Epidemiology of Cervical Cancer by Cell Type Cancer Research. March 15, 1987; 47: 1706-1711.
28. Zaninetti P e col. — Characteristics of Woman Under 20 with Cervical Intra-Epithelial Neoplasia. International Journal. Epidemiology, 1986; 15 (4): 477-482.
29. American Cancer Society. Cancer Facts x Figures. 1987. Pag. 10.

Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca

Quinquênio 1988-93

Gerente do

Programa de Oncologia

Ernani Saltz

Ministro da Saúde

Luiz Carlos Borges da Silveira

Secretário Nacional de

Programas Especiais de Saúde

Celso Fetter Hilgert

Diretor da Divisão Nacional de Doenças

Crônico-Degenerativas

Superintendente da Campanha Nacional de

Combate ao Câncer

Geniberto Paiva Campos

Coordenador da Campanha Nacional de Combate

ao Câncer

Hilton Augusto Koch

Ministro da Previdência e Assistência Social

Jader Barbalho

Presidente do Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social

José Ribamar Serrão

Elaboração

Ernani Saltz (PRO-ONCO/RJ)

Gilson Prego (PRO-ONCO/RJ)

Luiz Antonio Stein Neves (PRO-ONCO/RJ)

Magda Côrtes Rodrigues Rezende (PRO-ONCO/RJ)

Sonia Maria Gonçalves Ladeira (PRO-ONCO/RJ)

Editoração

Nathercia Martinelle (PRO-ONCO/RJ)

Datilografia

Vera Maria Guimarães L. de Brito (PRO-ONCO/RJ)

Colaboração

Abel Silveira Cardoso (UFRJ)

Carlos Eduardo de Carvalho (SESI/RJ)

Décio dos Santos Pinto (Hosp. A. C. Camargo/SP)

Diva Claudia de A. Marques (INAMPS/RJ)

Edio Juarez Andrada Pereira (INCa/RJ)

Edson Viegas Pugas (INAMPS/RJ)

Elizabeth de Carvalho Alves (PRO-ONCO/RJ)

Emília Rebelo Lopes (PRO-CNCO/RJ)

Emilson de Queiroz Freitas (Hosp. de Oncologia/RJ)

Ethel Stambovsky Spichler (PRO-ONCO/RJ)

Geraldo Martins Tosta (Hosp. Mario Kroeff/RJ)

Geraldo Mattos de Sá (Hosp. Mario Kroeff/RJ)

Hilton Augusto Koch (CNCC/RJ)

Jacob Kligerman (INCa/RJ)

Jaime Leão Guitmann (INCa/RJ)

José Barbosa (IOP/SP)

José Roberto Menezes Pontes (INCa/RJ)

Lincoln Moreira Mendes (SMS/RJ)

Lucília Reis Pinheiro (PRO-ONCO/RJ)

Maria Paula Curado (SES/GO)

Mércio Azevedo Ferreira (MS/DF)

Nuncen Danciger (SMS/RJ)

Paulo Murilo Fontoura (SESC/RJ)

Rosa Maria Viana da Rocha Castelar Pinheiro

(INAMPS/RJ)

Rubens Martins da Silva (SESI/RJ)

Ruth Martins Brito (SES/RJ)

Tânia Maria do Nascimento (SESC/RJ)

Teresa Cristina Ribeiro Bartholomeu dos Santos

(Marinha)

Urubatan Vieira de Medeiros (SES/RJ)

Volnei Garrafa (UNB/DF)

Walter Correa de Souza (INCa/RJ)

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA

1. Histórico
2. Frequência relativa do câncer de boca no Brasil
3. Mortalidade
4. Estadiamento
5. Diagnóstico precoce
6. Tratamento, reabilitação e apoio clínico

OBJETIVO GERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVOS OPERACIONAIS

METAS

ESTRATÉGIAS

ESTRUTURA OPERACIONAL

AVALIAÇÃO (em desenvolvimento)

RECURSOS (em desenvolvimento)

ANEXOS

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca para o Quinquênio 1988-93 é uma das estratégias de atuação do Programa de Oncologia — PRO-ONCO. Este programa foi instituído em 1987, numa ação conjunta do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS e da Campanha Nacional de Combate ao Câncer — CNCC.

Com o PRO-ONCO, os dois Ministérios definem suas posições e firmam seus compromissos relativos ao controle de câncer no país definindo, por meio de projetos para áreas prioritárias, a política e as ações a serem desenvolvidas nos próximos cinco anos.

Justificativa

A análise dos dados disponíveis permite concluir que o perfil de mortalidade da população brasileira vem-se modificando nos últimos 40 anos, sendo o câncer, hoje, a segunda doença como causa de morte em várias capitais.

O coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer manteve-se praticamente inalterado no período de 1940 a 1980, apesar dos avanços científicos e tecnológicos e da incorporação de novos e poderosos recursos de diagnóstico e tratamento. Contudo, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias diminuiu cerca de dez vezes, durante esse mesmo período (Figura 1).

Essas alterações, em parte, estão associadas às transformações ocorridas na estrutura sócio-econômica do país, caracterizadas pelo processo de industrialização, pela urbanização acentuada (Figura 2) e pelo consequente aumento da expectativa de vida (Figura 3). Assim, um número cada vez maior de pessoas vem-se incluindo nas faixas etárias mais suscetíveis ao câncer, ou seja, a partir da quarta década de vida, quando, expostas aos agentes cancerígenos dos poluentes urbanos por um período maior, têm aumentadas suas possibilidades de vir a ter câncer.

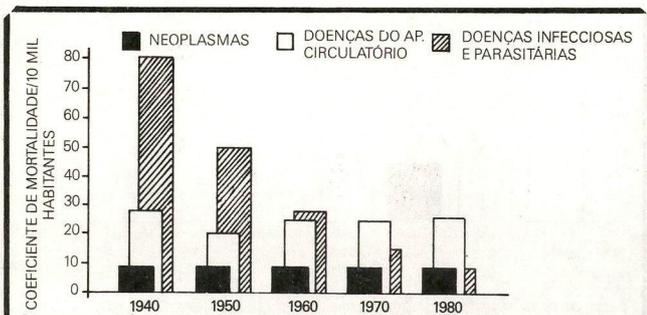


Figura 1 — Coeficientes de mortalidade por algumas causas, em capitais brasileiras, de 1940 a 1980. (Fonte: Mortalidade nas Capitais Brasileiras — 1930-1980. RADIS Dados, 2: 1-8, ago. 1984).

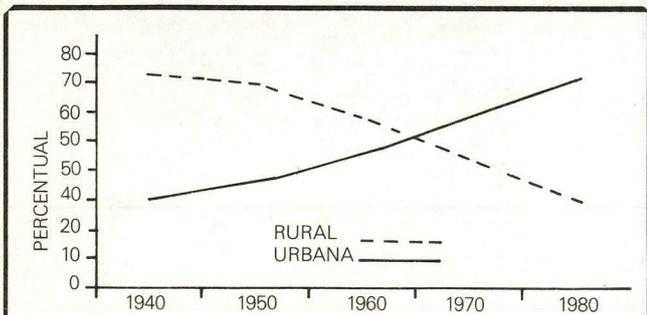


FIGURA 2 — Evolução da composição populacional no Brasil, de 1940 a 1980. (Fonte: Fundação Ludwig, São Paulo).

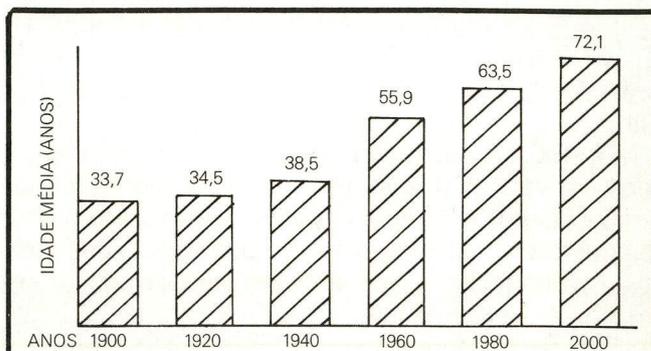


Figura 3 — Expectativa de vida ao nascer, no Brasil, de 1900 a 2020, para ambos os sexos. (Fonte: 1900/1950 — Santos, J.L.F. — Demografia: Estimativas e Projeções. São Paulo, FAUUSP, 1978. 1960/2020 — United Nations, Periodical on Ageing 84, v. 1, n. 1, 1985).

A magnitude do problema do câncer de boca no Brasil é avaliável pelos dados de morbidade e mortalidade, mas acima de tudo por meio de índices que demonstram inadequações das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, no que diz respeito à carência ou à falta de coordenação dos recursos existentes.

Estas ações vêm sendo desenvolvidas há várias décadas, quase sempre por meio de iniciativas pessoais ou institucionais, descontínuas e de pouca abrangência. Isto não tem possibilitado o controle da doença, dentro do que seria aceitável para uma neoplasia facilmente diagnosticável e passível de prevenção, no que pese a limitação da terapêutica disponível.

Observa-se hoje, no país, a existência simultânea de doenças ligadas ao subdesenvolvimento e aquelas relacionadas ao processo de industrialização e suas consequentes agressões ao meio ambiente e ao homem.

1. Histórico

A preocupação com a elevada morbimortalidade do câncer de boca no Brasil é relatada desde 1938, quando Mario Kroeff, através de palestras, procurava conscientizar os cirurgiões-dentistas de seu importante papel na detecção de lesões iniciais dessa patologia. Naquele ano, Alberto Coutinho e Amadeu da Silva Fialho realizaram cursos sobre neoplasias malignas da cavidade bucal, com o apoio do Centro Cultural Odontológico Século XX, no Rio de Janeiro. Posteriormente, outros colaboradores participaram da iniciativa destacando-se, entre eles, Jorge Sampaio de Marsillac.

Em 1951, a odontologia foi incluída como especialidade no Serviço Nacional de Câncer no Rio de Janeiro, então capital do país, sendo nomeado para sua chefia Walter Correa de Souza.

Em 1960, através do empenho de Jorge Fairbanks Barbosa e outros profissionais, a cirurgia de cabeça e pescoço foi reconhecida como especialidade no Brasil.

Em 1962, foi instituída a residência em odontologia no Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, fortemente influenciada por Humberto Torloni e Décio Santos Pinto. Naquele local, até hoje, são formados cirurgiões-dentistas voltados para o diagnóstico precoce das lesões malignas da cavidade bucal.

Em 1970, Arthur Campos da Paz, então Diretor da Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro, iniciou um Programa de Detecção de Lesões Iniciais de Câncer de Boca, com a criação de gabinetes odontológicos.

Em 1974, Humberto Torloni, na ocasião Diretor da Divisão Nacional de Câncer — DNC, promoveu cursos de Pré-Câncer e Câncer de Boca em vários estados. No mesmo período a DNC elaborou, através de José Barbosa e Edmundo Pinto da Fonseca, a monografia *Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação do Câncer Bucal*, para alunos e profissionais de odontologia.

Em 1975 foi aprovado, pelo Ministério da Saúde, o plano inicial para elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal — CABUL, concluído no ano seguinte, com a participação de professores de odontologia e profissionais de planejamento em saúde. A coordenação geral do programa foi desenvolvida por Volnei Garrafa.

No período de 1977 a 1980 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS realizou, dentro de um amplo programa levado a diversos estados, cursos sobre câncer de boca. Na Bahia, o coordenador foi Benedito Alves de Castro e Silva, sendo instalado, em Salvador, para controle dessa forma de câncer, um posto do INAMPS, o qual foi desativado posteriormente.

Em Recife, o curso foi coordenado por Luiz Kosminsky, a quem coube a direção de um ambulatório de prevenção, mais tarde também desativado.

Em 1986, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer — CNCC, visando à atuação mais global quanto aos caminhos seguidos para atenção ao câncer no país, assinou um protocolo de cooperação técnica com o INAMPS, criando o Programa de Oncologia — PROONCO, com sede no Rio de Janeiro.

Dentre as inúmeras áreas em que o programa teria de atuar fazia-se necessário definir prioridades. Assim, por tratar-se de neoplasia maligna passível de diagnóstico precoce, com relação custo-benefício bastante favorável, ainda que não fosse a mais prevalente, o câncer de boca foi um dos escolhidos para intervenção imediata, sendo elaborado o presente projeto com a participação de inúmeros profissionais.

O relato desses fatos e seus protagonistas, além de

fazer jus a alguns, entre muitos outros que participaram da luta contra o câncer no Brasil visa, principalmente, a lembrar que o que está sendo tentado hoje já foi feito por muitos ao longo dos anos. Assim procura-se, por meio da história, conhecer os caminhos e descaminhos passados em busca de uma ação eficaz e duradoura contra o câncer de boca.

"Já que se considera o câncer curável num bom terço dos casos, cumpre-nos obter e aumentar mesmo esta percentagem clássica, se não for por meio de técnicas adequadas, seja então com tratamento precoce... ensinar aos profissionais que manipulam com o organismo humano a pensar em câncer (dentistas, parteiras, massagistas); educar o grande público por meio de conferências, publicações, lições pelo rádio..."

Discurso de Mario Kroeff proferido em 14/05/1938

2. Frequência relativa do câncer de boca no Brasil

Considerando-se as principais localizações anatômicas primárias de câncer diagnosticadas no país por meio do exame histopatológico, no período de 1976 a 1980, o câncer de boca ocupou, em frequência rela-

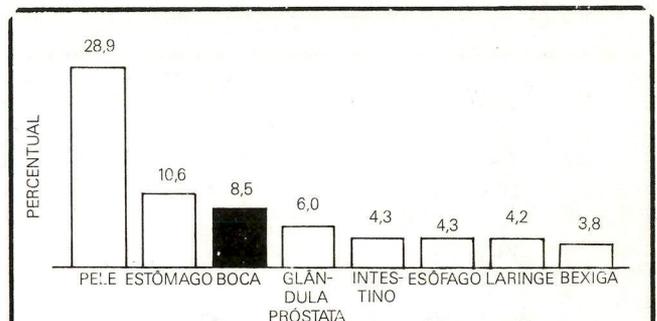


Figura 4 — Distribuição percentual das oito primeiras localizações de câncer primário no homem, no Brasil, entre 1976 e 1980. (Fonte: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, Rio de Janeiro, 1982).

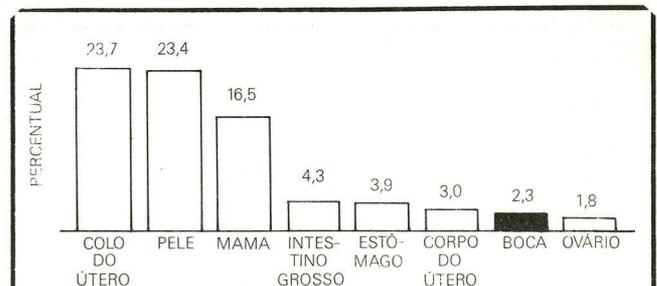


Figura 5 — Distribuição percentual das oito primeiras localizações de câncer primário na mulher, no Brasil, entre 1976 e 1980. (Fonte: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, Rio de Janeiro, 1982).

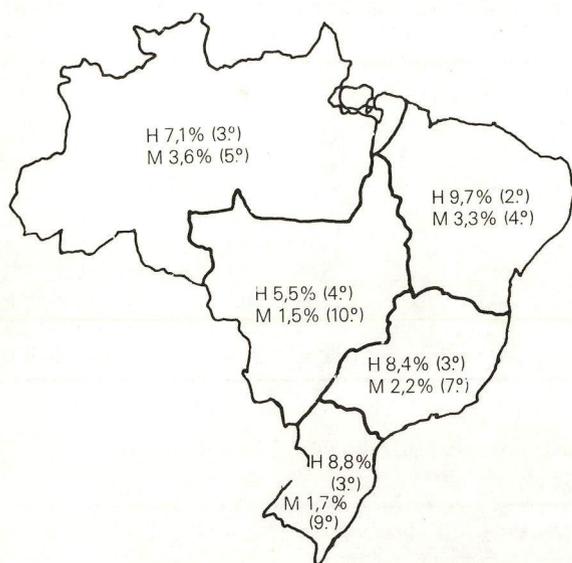


Figura 6 — Frequência relativa de câncer de boca segundo grandes regiões geográficas, no Brasil, de 1976 a 1980. (Fonte: dos dados primários: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, Rio de Janeiro, 1982).

tiva, o terceiro lugar para o sexo masculino e o sétimo para o feminino, conforme demonstram as Figuras 4 e 5.

Nas diversas regiões geográficas do país o câncer de boca ocupa posições relativas distintas, conforme é demonstrado na Figura 6. Vê-se que a Região Nordeste apresenta os maiores índices para o sexo masculino.

De acordo com a mesma fonte de dados, o Registro Nacional de Patologia Tumoral — RNPT, as unidades da Federação apresentaram as frequências relativas por câncer da boca mostradas na Tabela 1.

Nas Tabelas 3 e 4 estão detalhados os índices relativos à localização primária de diagnósticos do câncer de boca (CID-O 140-145), nas grandes regiões geográficas do país, no período de 1976 a 1980, mostrando uma frequência três vezes superior para o sexo masculino (14.512 diagnósticos) em relação ao sexo feminino (4.575 diagnósticos).

Os números apresentados confirmam dados da literatura, sendo o câncer de língua o mais freqüente,

Tabela 1 — Frequência relativa do câncer de boca (CID-O 140-145) nos estados brasileiros e lugar que esta patologia ocupa entre as dez neoplasias malignas mais freqüentes, por sexo, no Brasil, no período de 1976 a 1980.

Unidade de Federação	Sexo masculino		Sexo feminino	
	Frequência relativa %	Lugar que ocupa em relação à frequência	Frequência relativa %	Lugar que ocupa em relação à frequência
Rondônia	8,1	3°	1,4	5°
Acre	2,3	7°	3,5	4°
Amazonas	3,7	5°	1,3	10°
Roraima	4,0	5°	2,8	4°
Pará	8,7	3°	4,5	4°
Amapá	9,1	2°	4,1	4°
Maranhão	6,4	3°	1,2	5°
Piauí	5,8	3°	2,3	4°
Ceará	6,2	4°	2,9	7°
Rio Grande do Norte	7,5	3°	4,7	5°
Paraíba	15,8	2°	5,8	4°
Pernambuco	11,1	2°	3,7	4°
Alagoas	12,7	2°	3,7	4°
Sergipe	12,4	2°	2,6	4°
Bahia	9,6	2°	2,5	6°
Mato Grosso do Sul	5,8	4°	1,5	10°
Mato Grosso	7,8	3°	2,4	6°
Goiás	5,0	5°	— *	— *
Distrito Federal	5,8	4°	1,7	9°
Minas Gerais	6,9	4°	1,7	9°
Espírito Santo	9,1	3°	3,4	5°
Rio de Janeiro	8,0	4°	2,7	7°
São Paulo	8,9	3°	2,1	7°
Paraná	9,2	3°	2,4	6°
Santa Catarina	10,1	3°	1,7	9°
Rio Grande do Sul	8,2	2°	— *	— *

Fonte dos dados primários: Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos. Rio de Janeiro, 1982.

* Não figura entre as dez primeiras localizações.

Tabela 2 — Número e percentual de diagnósticos de câncer de boca segundo a localização primária e grandes regiões geoeconômicas, na população masculina.

Localização primária (CID-0)	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Lábio (140)	44	19,9	573	26,5	80	20,0	2339	26,5	1124	38,3	4160	28,6
Língua (141)	61	27,6	564	26,0	111	27,7	2730	31,0	838	28,5	4304	29,6
Glândula salivar maior (142)	6	2,7	111	5,1	28	7,0	418	4,7	96	3,2	659	4,5
Gengiva (143)	12	5,4	182	8,4	18	4,5	513	5,8	112	3,8	837	5,7
Assoalho da boca (144)	34	15,3	195	9,0	17	4,2	829	9,4	152	5,1	1227	8,4
Outras partes da boca (145)	64	28,9	537	24,8	146	36,5	1969	22,3	609	20,7	3325	22,9
Total (140 a 145)	221	100	2162	100	400	100	8798	100	2931	100	14512	100

Fonte: dados primários, RNPT. Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, 1982.

Tabela 3 — Número e percentual de diagnósticos de câncer de boca segundo a localização primária e grandes regiões geoeconômicas, na população feminina.

Localização primária (CID-0)	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Lábio (140)	18	10,7	201	17,2	19	12,4	572	22,7	187	32,2	997	21,7
Língua (141)	36	21,4	283	24,2	37	24,1	597	23,7	119	20,5	1072	23,4
Glândula salivar maior (142)	7	4,1	100	8,5	17	11,1	300	11,9	78	13,4	502	10,9
Gengiva (143)	13	7,7	133	11,4	16	10,4	231	9,1	35	6,0	428	9,3
Assoalho da boca (144)	23	13,7	95	8,1	6	3,9	168	6,6	23	3,9	315	6,0
Outras partes da boca (145)	71	42,3	353	30,3	58	37,9	642	25,5	137	23,6	1261	27,5
Total (140 a 145)	168	100	1165	100	153	100	2513	100	579	100	4575	100

Fonte: dados primários, RNPT. Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, 1982.

com exceção da Região Sul, onde o câncer de lábio predominou.

3. Mortalidade

Em relação à mortalidade, no período de 1978 a maio de 1984, confirmou-se igualmente número de óbitos masculinos três vezes superior aos do sexo feminino (Figuras 7 e 8).

4. Estadiamento

Analisando-se os dados referentes ao estadiamento de pacientes com câncer de boca constatou-se que, ao serem atendidos pela primeira vez em serviços especializados, mais de 80% dos casos encontravam-se em fase avançada da doença.

De 1975 a 1980, dentre os casos de câncer de boca convenientemente estadiados no Instituto Nacional de Câncer (INCa), no Rio de Janeiro, 83% foram representados por estádios avançados, III e IV, de acordo com o sistema TNM de classificação clínica. Destes, 26% encontravam-se sem qualquer possibilidade de serem encaminhados para tratamento especializado (FPT) (Figura 9).

No Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, de 1953

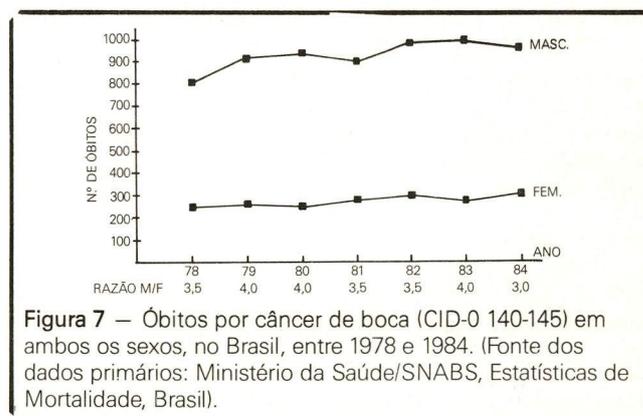


Figura 7 — Óbitos por câncer de boca (CID-0 140-145) em ambos os sexos, no Brasil, entre 1978 e 1984. (Fonte dos dados primários: Ministério da Saúde/SNABS, Estatísticas de Mortalidade, Brasil).

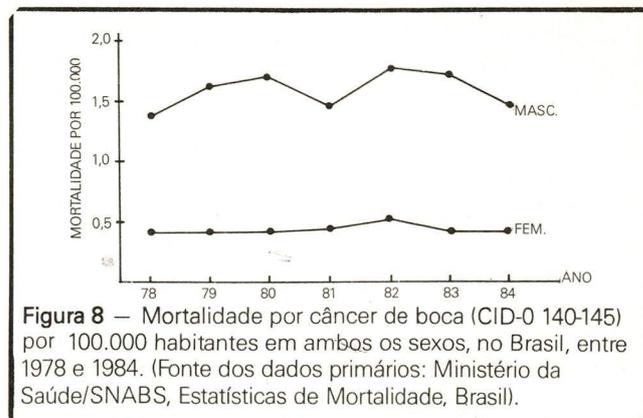


Figura 8 — Mortalidade por câncer de boca (CID-0 140-145) por 100.000 habitantes em ambos os sexos, no Brasil, entre 1978 e 1984. (Fonte dos dados primários: Ministério da Saúde/SNABS, Estatísticas de Mortalidade, Brasil).

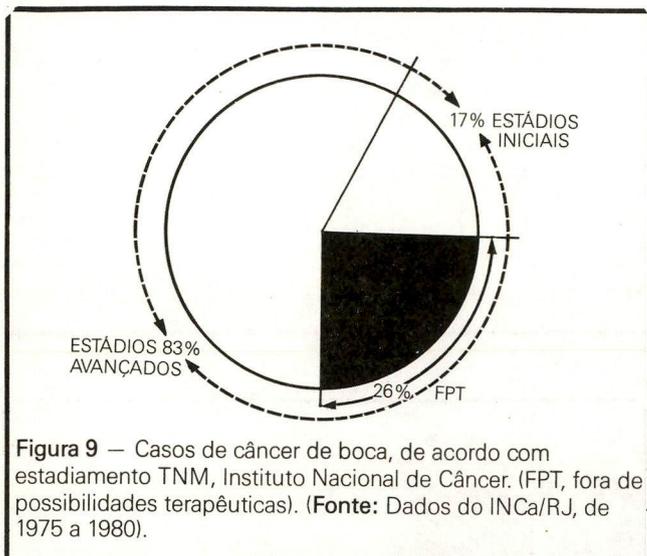


Figura 9 — Casos de câncer de boca, de acordo com estadiamento TNM, Instituto Nacional de Câncer. (FPT, fora de possibilidades terapêuticas). (Fonte: Dados do INCa/RJ, de 1975 a 1980).

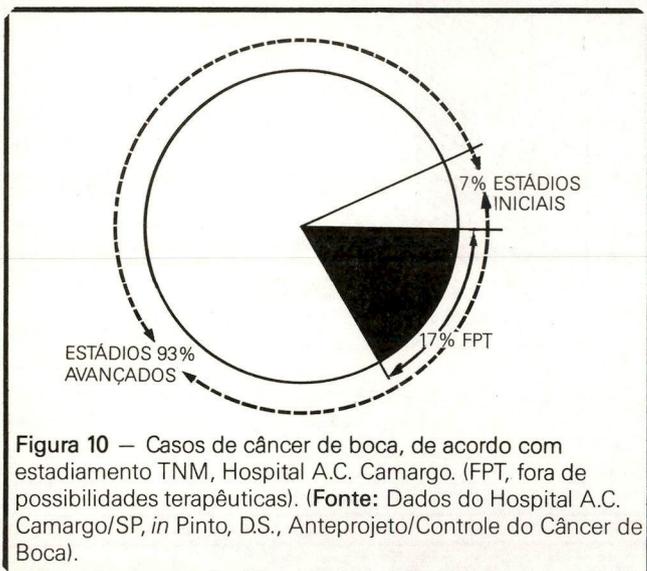


Figura 10 — Casos de câncer de boca, de acordo com estadiamento TNM, Hospital A.C. Camargo. (FPT, fora de possibilidades terapêuticas). (Fonte: Dados do Hospital A.C. Camargo/SP, in Pinto, D.S., Anteprojeto/Controle do Câncer de Boca).

a 1978, os casos avançados totalizaram 93%, com 17% dos pacientes considerados sem condições de receberem tratamentos oncológicos (Figura 10).

5. Diagnóstico precoce

Por iniciar-se com maior freqüência no epitélio superficial da mucosa bucal, o câncer de boca é facilmente alcançável pelo exame direto sendo, portanto, passível de diagnóstico precoce. Poucos profissionais, no entanto, aproveitam essa oportunidade para diagnosticar lesões iniciais quando ainda existe possibilidade de cura.

Entre os fatores determinantes da baixa freqüência com que o exame é realizado como um todo, sobressaem a descontinuidade e a insuficiência de ações educativas no país dirigidas aos profissionais de saúde e à comunidade.

Ainda de acordo com dados do Registro Nacional de Patologia Tumoral, o percentual de diagnósticos de carcinoma *in situ* da cavidade bucal, no período de 1976 a 1980, foi insignificante em relação às demais localizações, conforme está demonstrado na Tabela 4.

Neste período foram notificados ao RNPT 13.002 diagnósticos histopatológicos de câncer de boca no Brasil*, sendo que deste total 56,06% foram notificados por hospitais de câncer, 22,20% por hospitais gerais, 18,98% por faculdades de medicina, 2,63% por faculdades de odontologia e 0,12% por outras instituições (Figura 11).

A distribuição percentual destas notificações por instituições de saúde retrata o sistema de referência para diagnóstico que vem sendo utilizado. É interessante ressaltar que os hospitais especializados, muito embora confirmando com freqüência o diagnóstico por meio de nova biópsia, continuam sendo a principal referência para diagnóstico de lesões suspeitas da cavidade bucal, atividade que, num sistema de referência racional, deveria ser desenvolvida por instituições de menor complexidade. A maior utilização das faculdades e serviços de odontologia capacitados permitiria o melhor aproveitamento dos recursos dos hospitais de câncer, especialmente no que diz respeito aos profissionais altamente treinados que são os cirurgiões de cabeça e pescoço.

As faculdades de odontologia, formadoras do principal grupo de profissionais a quem compete detectar essa neoplasia maligna, dentre os 13.002 diagnósticos notificados ao RNPT, só participaram com a parcela de 342 casos (2,6%). Neste período, dos 306 laboratórios de anatomia patológica que participaram do levantamento, apenas 14 funcionavam nestes estabelecimentos de ensino.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia, em 1987 encontravam-se cadastrados 90.711 cirurgiões-dentistas em atividade no país, número que demonstra a grande disponibilidade desse recurso humano em potencial, ao qual a população brasileira pode ter acesso.

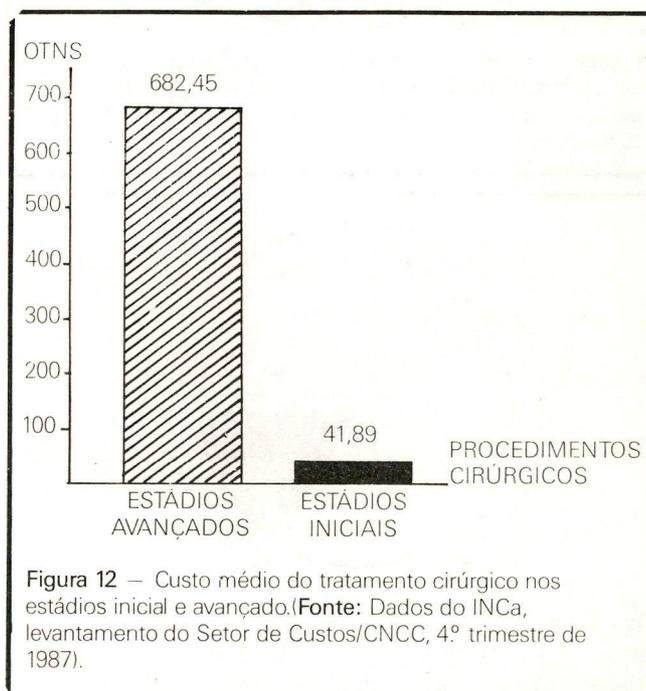
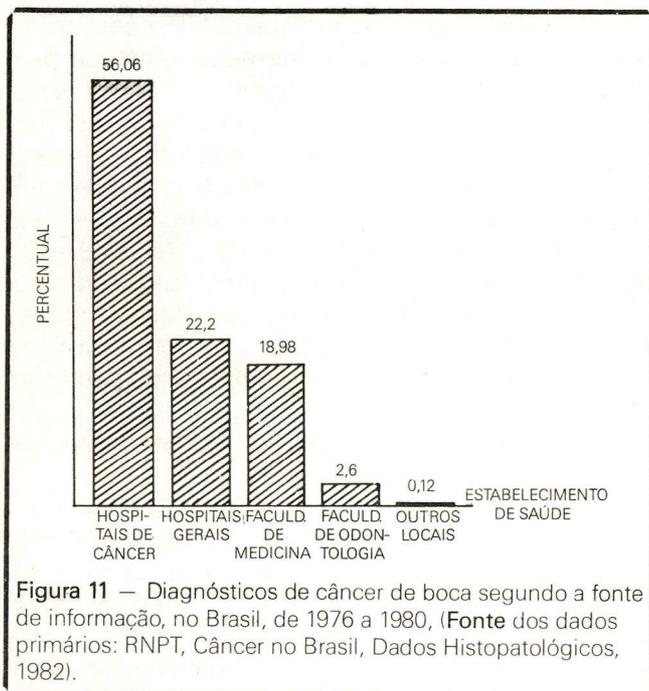
A importância do diagnóstico precoce do câncer de boca é inquestionável no que diz respeito à relação custo-benefício. No Brasil, não estão disponíveis dados sobre a mortalidade relacionada aos vários estádios da doença, de acordo com sua localização primária. Dados de literatura demonstram, no entanto, que a sobrevivência de cinco anos em pacientes com doença em estádios iniciais alcança 75% e 60%, respectivamente, nos estádios I e II, caindo para 10% no estágio III.

*Os diagnósticos notificados por laboratórios privados de anatomia patológica (6.085 casos) foram excluídos para efeito de comparação entre os serviços de atendimento; totalizam, assim, 19.087 diagnósticos.

Tabela 4 — Diagnósticos de carcinoma *in situ*, segundo localização primária e sexo, no Brasil, de 1976 a 1980.

Localização primária (CID-0)	Homem		Mulher		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Cavidade bucal (de 140 a 145)	81	7,2	34	0,2	115	0,8
Demais localizações (de 146 a 199)	1.053	92,8	13.743	99,8	14.795	99,2
Todas as localizações (de 140 a 199)	1.134	100	13.777	100	14.911	100

Fonte dos dados primários: RNPT; Câncer no Brasil, Dados Histopatológicos, 1982

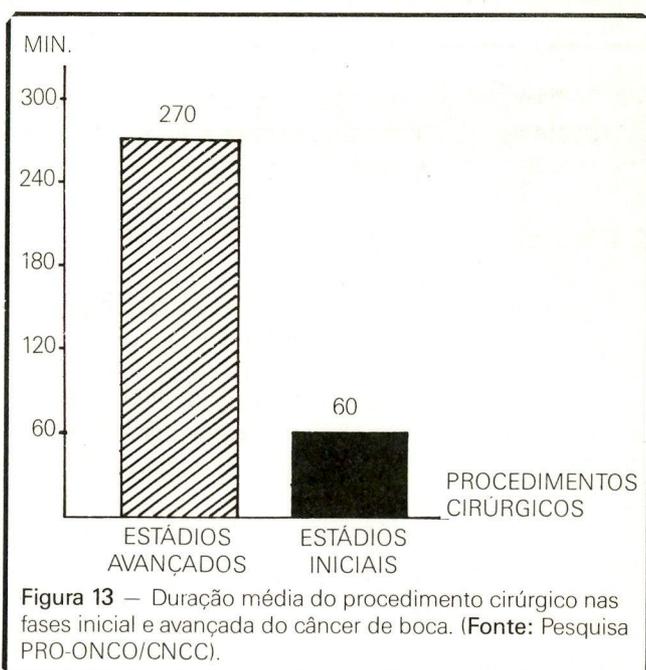


Levantando-se dados relativos aos custos médios do tratamento cirúrgico nas apresentações inicial e avançada da doença, e tendo-se como parâmetros as consultas prévias à cirurgia, o ato cirúrgico e a internação, observa-se a desproporção de custos entre os procedimentos nas apresentações inicial e avançada da doença, conforme demonstra a Figura 12:

Considerando-se, ainda, que os procedimentos cirúrgicos na fase inicial da doença, quando realizados em ambulatório, com anestesia local, durem em média 60 minutos, aumentando para 240 a 300 minutos na fase avançada, quando a doença é tratada em centros cirúrgicos, sob anestesia geral, pode-se avaliar o que representam estes aspectos quando se consideram a eficácia e a eficiência destes serviços (Figura 13).

6. Tratamento, reabilitação e apoio clínico

Do mesmo modo que a maioria das neoplasias malignas, o câncer de boca é tratado por meio de cirurgia, radioterapia e quimioterapia.



Enquanto o tratamento radioterápico, pelo tipo de equipamento que utiliza, é aplicado em serviços especialmente preparados para tal, a cirurgia e a quimioterapia são realizadas em diversos tipos de unidades de saúde, que vão desde consultórios a hospitais de câncer, passando por policlínicas e hospitais gerais.

Assim é que, apesar do razoável conhecimento acerca dos 29 hospitais de câncer do país, desconhece-se sua parcela de participação em relação aos demais recursos disponíveis quanto à cirurgia e quimioterapia realizadas fora dos mesmos.

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição dos hospitais de câncer e principais serviços de radioterapia, de acordo com as macrorregiões geográficas do país, mostrando seu predomínio na Região Sudeste.

De acordo com a ressalva apresentada anteriormente, estes dados não demonstram a cobertura pelos recursos especializados de tratamento, aproximando-se melhor no que diz respeito à radioterapia, apesar da falta de referência ao porte dos diversos serviços.

Na Tabela 6 relaciona-se a população-alvo deste projeto aos serviços de radioterapia do país, visando ape-

nas a comparar a disponibilidade de recursos de irradiação entre as macrorregiões, ficando demonstrado que a Região Sudeste é a mais bem coberta, e a Centro-Oeste a mais deficitária. No que pese a dificuldade por sua grande extensão territorial a Região Norte mostra cobertura semelhante à das Regiões Nordeste e Sul.

São, no entanto, dados de pesquisa *in loco*, que nos permitem afirmar serem suficientes os recursos especializados para tratamento do câncer de boca no país. Na realidade, este importante potencial de recursos, como já foi demonstrado anteriormente, vem sendo utilizado inadequadamente, já que alcança o paciente em momentos clínicos desfavoráveis ao tratamento da doença, quer por sua distribuição inadequada, devido à carência de sistemas formais de encaminhamento, ou pela ausência de ações de saúde abrangentes, voltadas ao diagnóstico precoce da doença.

O câncer de boca é uma das patologias cujo tratamento impõe ao paciente as maiores mutilações. No entanto a reabilitação protética é ainda insignificante quanto ao seu grau de abrangência. É realizada por raros cirurgiões-dentistas capacitados do país, na maioria das vezes sobrecarregados de serviço, e cuja categoria profissional tem pouca possibilidade de expansão, já que inexistem cursos regulares para formação nesta área da odontologia.

Quanto à atenção aos pacientes fora de possibilidades de tratamento (FPT), existem poucas ações voltadas ao atendimento formal do FPT no Brasil. Estes pacientes, classificados de "crônicos", geralmente recebem, do sistema vigente, cuidados de internação em hospitais nos quais não se questiona a qualidade do atendimento prestado. Por outro lado, as instituições que trataram destes pacientes antes deles serem encaminhados àqueles hospitais eximem-se da responsabilidade de continuar prestando-lhes assistência, apresentando como justificativa, até certo ponto pro-

Tabela 5 — Número e percentual de hospitais de câncer e serviços de radioterapia, de acordo com as macrorregiões geográficas do país.

Região	Hospitais de câncer		Serviços de radioterapia	
	n.º	%	n.º	%
Norte	2	6,89	2	2,02
Nordeste	6	20,68	20	20,20
Centro-Oeste	1	3,44	4	4,04
Sudeste	17	58,62	59	59,59
Sul	13	44,82	14	14,14
Total	29	100	99	100

Fonte: Cadastro de Estabelecimentos de Saúde/MS, IBGE, CNEN.

Tabela 6 — Relação entre a população masculina local de 40 e mais anos de idade e o número de serviços de radioterapia do país, de acordo com as macrorregiões geográficas.

Região	População masculina residente > 40 anos	N.º de serviços de radioterapia	Relação população/n.º de serviços de radioterapia
Norte	351.051	2	175.525
Nordeste	3.939.367	20	196.958
Centro-Oeste	955.178	4	238.794
Sudeste	7.083.607	59	120.061
Sul	2.426.801	14	173.342
Total	14.756.004	99	

Fonte: Cadastro de Estabelecimentos de Saúde/MS, IBGE/PNAD, 1986.

cedente, que os mesmos sobrecarregam, desnecessariamente, serviços com alto grau de especialização e custos elevados.

A evolução lenta e insidiosa do câncer de boca, além da valorização dos dentes como únicas estruturas merecedoras de atenção na cavidade bucal, num país onde a população subutiliza o profissional de odontologia, são fatores implicados no grande número de diagnósticos em estádios avançados. Constituem, ainda, fatores agravantes a má higiene bucal e a desnutrição, que dependem diretamente do desenvolvimento sócio-econômico da população.

Objetivo geral

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca para o Quinquênio 1988-93 pretende reduzir a morbi-mortalidade pelo câncer de boca no Brasil.

Objetivos específicos

1. Conhecer o magnitude do câncer de boca no país para:
 - *planejar as ações necessárias à expansão e controle dessa doença;*
 - *ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos aspectos epidemiológicos, como forma de conscientizá-los para o problema;*
 - *dispor de parâmetros necessários à avaliação da eficácia, eficiência e efetividade do projeto.*
2. Conhecer a situação atual dos programas e ações de prevenção e controle do câncer de boca no país, a saber: detecção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, além de apoio ao paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) a fim de:
 - *implementar e uniformizar os programas em desenvolvimento nos estados;*
 - *levar ações educativas aos profissionais em serviço;*
 - *oferecer às instituições contatáveis a oportunidade de participarem de um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência à saúde;*
 - *avaliar as necessidades a serem supridas.*
3. Promover a cobertura necessária através de prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e apoio com o intuito de:
 - *reduzir o aparecimento de casos novos por meio do controle dos fatores de risco e das lesões cancerizáveis;*
 - *aumentar os índices de cura e o intervalo livre de doença e prolongar a sobrevida dos pacientes,*

por meio da instituição precoce dos tratamentos especializados;

- *melhorar a qualidade da sobrevida com a utilização de métodos de reabilitação e apoio.*

4. Criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência ao paciente com câncer de boca no país

com a intenção de:

- *utilizar racionalmente os recursos físicos e humanos disponíveis às ações de controle;*
- *reduzir o intervalo decorrido entre a detecção, o diagnóstico e o tratamento do paciente com câncer de boca.*

Objetivos operacionais

Para conhecer a magnitude do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 1)

1. Atualizar e ampliar os dados sobre a incidência do câncer de boca no território nacional.
2. Atualizar e ampliar os dados sobre a frequência relativa do câncer de boca no país.
3. Atualizar e ampliar os dados sobre o estadiamento de pacientes com câncer de boca no território brasileiro.
4. Atualizar e ampliar os dados de mortalidade por câncer de boca no Brasil.
5. Atualizar e ampliar os dados sobre lesões cancerizáveis de boca em estados brasileiros.

Para conhecer os recursos disponíveis às ações de prevenção e controle do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 2)

6. Levantar a situação atual dos programas voltados à prevenção e ao controle do câncer de boca em desenvolvimento no país.
7. Obter informações sobre cirurgiões-dentistas em atuação no território nacional.
8. Conseguir dados sobre médicos que tenham atividades afins às ações de prevenção e controle do câncer de boca no país.
9. Fazer o levantamento dos estabelecimentos de saúde que têm serviços de odontologia no Brasil.
10. Levantar dados sobre os estabelecimentos de saúde do país que realizam as diferentes formas de tratamento especializado (cirurgia, radioterapia e quimioterapia).
11. Obter informações sobre os estabelecimentos de saúde e/ou serviços de reabilitação e serviços de apoio ao FPTA que se dedicam aos pacientes com câncer no país.

Para oferecer cobertura necessária às ações de prevenção e controle do câncer de boca no país (objetivo específico 3)

12. Assessorar os níveis regional e local quanto ao pla-

nejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca.

13. Adequar os recursos materiais às necessidades da demanda no que diz respeito ao diagnóstico precoce e à reabilitação.
14. Ampliar a capacitação dos recursos humanos existentes para desenvolvimento das ações de prevenção e controle.
15. Oferecer capacitação para detecção, diagnóstico precoce e reabilitação a novos profissionais de saúde.
16. Ampliar o conhecimento da comunidade sobre o câncer de boca e sobre as medidas de prevenção a serem adotadas.

Para criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência (objetivo específico 4)

17. Propor um modelo, a nível nacional, de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca.
18. Assessorar as secretarias de saúde na adaptação e implantação do modelo proposto às necessidades.

Metas

Para o conhecimento da magnitude do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 1)

1. Levantar a incidência do câncer de boca nas seis capitais brasileiras as quais dispõem de registros de câncer em bases populacionais — RCBP (São

Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Fortaleza, Recife, Belém), até julho de 1989 e ao final de 1993.

2. Obter a frequência relativa de diagnósticos histopatológicos (HP) do câncer de boca no Brasil, no período de 1981 a 1985, até julho de 1989 e ao final de 1993.
3. Fazer levantamento dos graus de estadiamento (sistema TNM), de pacientes com câncer de boca, em 10 dos 29 hospitais de câncer do país, até julho de 1989 e ao final de 1993.
4. Obter a taxa de mortalidade por câncer de boca, no território brasileiro, no período de 1984 a 1988, até dezembro de 1992 e ao final de 1993.
5. Conseguir, até dezembro de 1992, dados sobre lesões cancerizáveis de boca em serviços de patologia bucal de faculdades de odontologia, hospitais gerais e hospitais de câncer.

Para saber quais os recursos disponíveis às ações de controle do câncer de boca no território nacional (objetivo específico 2)

6. Fazer levantamento dos programas de expansão da prevenção e controle do câncer de boca em desenvolvimento nos estados da Federação, nos últimos cinco anos, até julho de 1989.
7. Obter, até julho de 1988, o quantitativo de cirurgiões-dentistas em atividade no país, assim como informações sobre a forma de contatá-los.
8. Conseguir, até julho de 1989, o maior número possível (e elementos para contato) de médicos que

Quadro sinótico 1 — Objetivos específicos e operacionais.

Objetivos específicos	Objetivos operacionais
1. Conhecer a magnitude do câncer de boca no Brasil	Atualizar e ampliar dados sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. incidência 2. frequência relativa 3. estadiamento 4. mortalidade 5. lesões cancerizáveis
2. Conhecer a situação atual dos programas e ações de prevenção e controle do câncer de boca no país	Obter dados sobre: <ol style="list-style-type: none"> 6. programas em desenvolvimento 7. cirurgiões-dentistas 8. médicos em especialidades afins 9. serviços de odontologia 10. estabelecimentos com tratamento especializado 11. estabelecimentos de saúde, com serviços de reabilitação e de apoio ao FPTA
3. Promover a cobertura necessária, através da prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e apoio	12. Assessorar o planejamento das ações de prevenção e controle
4. Criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência ao paciente com câncer de boca no país	13. Adequar os recursos materiais às necessidades da demanda 14. Ampliar a capacitação de recursos humanos existentes 15. Oferecer capacitação a novos profissionais de saúde 16. Ampliar o conhecimento da comunidade sobre a doença 17. Propor um modelo de hierarquização e regionalização para o país 18. Assessorar na adaptação e implantação do modelo às necessidades regionais e locais

exercem atividades afins com a prevenção e controle do câncer de boca no país.

9. Obter, até dezembro de 1988, além de dados que permitam contato, o somatório dos estabelecimentos de saúde com serviços de odontologia no país.
10. Levantar informações, até julho de 1989, sobre os estabelecimentos e serviços de cirurgia, radioterapia e quimioterapia que tratam do câncer de boca no território brasileiro.
11. Obter, até julho de 1989, informações (quantidade e elementos que permitam contato) sobre os estabelecimentos e/ou serviços instalados no território nacional, que oferecem reabilitação aos pacientes submetidos a tratamento de câncer de boca e apoio aos pacientes FPTA.

Para alcançar a cobertura necessária às ações de controle do câncer de boca no país (objetivo específico 3).

12. Assessorar, durante os próximos cinco anos, as secretarias estaduais e aquelas dos municípios com mais de 500 mil habitantes, no planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca.
13. Adequar, nos próximos cinco anos, os recursos materiais à prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e apoio, em participação com as secretarias estaduais e as dos municípios com mais de 500 mil habitantes.
14. Informar, até outubro de 1988, 90% dos cirurgiões-dentistas que atuam no país sobre a magnitude do câncer de boca no Brasil e sobre sua disponibilidade no que diz respeito à detecção e ao diagnóstico precoce.
 - Levar, até dezembro de 1990, a 70% dos cirurgiões-dentistas em atividade no país, ações educativas voltadas à capacitação para suspeita do câncer de boca.
 - Capacitar, até dezembro de 1990, 1% dos cirurgiões-dentistas em atividade no território nacional, para diagnosticar câncer de boca, tratar lesões cancerizáveis e reabilitar pacientes.
15. Estimular, nos próximos cinco anos, o ensino relativo à detecção e diagnóstico precoce do câncer de boca, nas faculdades de medicina e odontologia brasileiras.
16. Levar ações educativas às populações de risco, crianças e adolescentes, através do Programa Nacional do Combate ao Fumo (PNCF), do Ministério da Saúde, durante o quinquênio 1988-93.

Para criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência (objetivo específico 4)

17. Elaborar, até setembro de 1988, um modelo de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca com possibilidade de implantação a nível nacional.
18. Assessorar, durante o quinquênio 1988-93, as secretarias estaduais e aquelas dos municípios com

mais de 500 mil habitantes, na adaptação e implantação do modelo às necessidades regionais e locais.

Estratégias

Para conhecimento da magnitude do câncer de boca no Brasil (objetivo específico 1)

1. Levantamento de dados de incidência do câncer de boca em capitais brasileiras, através dos registros de câncer de base populacional (RCBP) de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Fortaleza, Recife e Belém.
2. Obtenção do número absoluto e da frequência relativa de diagnósticos histopatológicos (HP) do câncer de boca, no período de 1981 a 1985, através do Registro Nacional de Patologia Tumoral — RNPT.
3. Realização de estudo retrospectivo sobre estadiamento (sistema TNM) de pacientes com câncer de boca, por meio dos registros de hospitais de câncer do país.
4. Levantamento de dados de mortalidade por câncer de boca, no período de 1984 a 1988, com base no Cadastro de Mortalidade do Ministério da Saúde.
5. Realização de estudo prospectivo sobre lesões cancerizáveis da mucosa bucal, em cooperação com serviços de patologia bucal de faculdades de odontologia, hospitais gerais e hospitais de câncer.

Para reconhecimento dos recursos disponíveis às ações de controle do câncer de boca no país (objetivo específico 2)

6. Envio de circulares às secretarias estaduais de saúde para levantamento dos programas de expansão da prevenção e controle do câncer de boca, a níveis estaduais e municipais.
7. Compilação, através do Conselho Federal de Odontologia, do número de cirurgiões-dentistas em atividade no país e de elementos que permitam contato com esses profissionais.
8. Obtenção de quantidade total e de dados para contato de especialistas afins à odontologia (cirurgiões de cabeça e pescoço, otorrinolaringologistas, dermatologistas, cirurgiões plásticos etc.) em atividade no Brasil, por intermédio de suas respectivas sociedades médicas.
9. Levantamento do número total de instituições de saúde em atividade no país que dispõem de serviços de odontologia, assim como de dados para manutenção de contato com as mesmas, por meio das informações do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE.
10. Obtenção de informações sobre os estabelecimen-

Quadro sinótico 2 – Metas, cronograma e estratégias.

Metas/ Abrangência	Tempo previsto para resultados						Estratégias
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	
1. Levantar incidência do câncer de boca em seis capitais brasileiras _____		•					Levantamento de dados através do RCBP de São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Recife e Belém
2. Obter freqüência relativa de diagnósticos HP do câncer de boca no Brasil _____	•						Obtenção de dados por meio do RNPT
3. Levantar graus de estadiamento de pacientes com câncer de boca, em dez hospitais de câncer do país _____		•					Estudo retrospectivo através dos registros de hospitais de câncer
4. Obter taxa de mortalidade por câncer de boca no território nacional _____					•		Levantamento através do Cadastro de Mortalidade do Ministério da Saúde
5. Conseguir dados sobre lesões cancerizáveis de boca em estados da Federação _____					•		Estudo retrospectivo em cooperação com serviços de patologia bucal
6. Levantar os programas estaduais de prevenção e controle do câncer de boca em desenvolvimento nos últimos cinco anos _____		•					Envio de circulares às secretarias estaduais de saúde
7. Obter informações sobre os cirurgiões-dentistas em atividade _____		•					Compilação de dados através do Conselho Federal de Odontologia
8. Conseguir informações sobre os médicos atuantes em áreas afins à prevenção e controle do câncer de boca _____		•					Obtenção de informações através das sociedades médicas afins
9. Obter o somatório e dados para contato com os serviços de odontologia _____		•					Levantamento através do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do IBGE
10. Levantar informações sobre os serviços de tratamento especializado do câncer de boca _____		•					Coleta de informações através do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, do IBGE, do Colégio Brasileiro de Radiologia, da CNEN e por pesquisa direta
11. Obter informações sobre os serviços de reabilitação e os de apoio ao FPTA _____		•					Pesquisa junto às instituições e serviços especializados no tratamento do câncer de boca
12. Assessorar as secretarias estaduais e as dos municípios com mais de 500 mil habitantes no planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca _____						•	Realização de reuniões com representantes das secretarias estaduais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes
13. Adequar os recursos materiais necessários à prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e apoio _____						•	Participação junto às secretarias de saúde alvos do projeto
14. Informar 90% dos cirurgiões-dentistas em atividade no país sobre a magnitude do câncer de boca e sua responsabilidade _____						•	Encaminhamento de cadastro educativo aos cirurgiões-dentistas
Levar a 70% dos cirurgiões-dentistas atuantes no país ações educativas voltadas à capacitação para suspeita do							Aplicação de cursos e distribuição de materiais didáticos a cirurgiões-dentistas e médicos de níveis regionais e locais

Metas/Abrangência	Tempo previsto para resultados						Estratégias
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	
câncer de boca _____• Capacitar 1% dos cirurgiões-dentistas em ação no território nacional para diagnosticar câncer de boca, tratar lesões cancerizáveis e reabilitar pacientes _____•							Aplicação de cursos e estágios de aperfeiçoamento a cirurgiões-dentistas através dos serviços de patologia bucal
15. Estimular as faculdades de medicina e odontologia no ensino da detecção e do diagnóstico precoce do câncer de boca _____•							Introdução de proposta de ampliação curricular e de materiais didáticos em faculdades de odontologia e medicina
16. Levar ações educativas às populações de risco e às crianças e adolescentes, através do PNCF _____•							Ações educativas, como palestras e distribuição e apresentação de materiais didáticos às populações-alvo
17. Elaborar um modelo nacional de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca _____•							Criação de um modelo de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca por um grupo interinstitucional
18. Assessorar as secretarias estaduais e aquelas dos municípios com mais de 500 mil habitantes na adaptação e implantação do modelo _____•							Manutenção de contato com as secretarias de saúde alvos, para adaptação e implantação do modelo a níveis regionais e locais

tos de saúde e serviços especializados no tratamento do câncer de boca, empregando os dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do IBGE, do Colégio Brasileiro de Radiologia e da Comissão Nacional de Energia Nuclear — CNEN, e por pesquisa direta.

11. Aquisição de informações sobre os recursos de reabilitação e apoio, a partir das instituições e serviços especializados no tratamento do câncer de boca.

Para oferta de cobertura às ações de prevenção e controle do câncer de boca (objetivo específico 3)

12. Realização de reuniões com representantes das secretarias estaduais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes, para planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de boca.
13. Participação, com as secretarias de saúde alvos do projeto, na ampliação e instalação de serviços de diagnóstico, reabilitação e apoio aos pacientes com câncer de boca.
14. Encaminhamento de cadastro educativo aos cirurgiões-dentistas em atividade no país, com informações sobre a magnitude do câncer de boca e sobre a responsabilidade desses profissionais quanto à detecção de lesões suspeitas e ao encaminhamento adequado dos pacientes para confirmação diagnóstica e tratamento.

- Aplicação de cursos e distribuição de materiais didáticos (manual, slides, vídeos) a cirurgiões-dentistas e médicos dos níveis regionais e locais, a fim de que estes profissionais possam

capacitar odontólogos na detecção de lesões suspeitas.

- Aplicação de cursos e estágios de aperfeiçoamento a cirurgiões-dentistas, através dos serviços de patologia bucal de faculdades de odontologia, hospitais gerais e de câncer, para fornecer-lhes capacitação na confirmação diagnóstica e no tratamento de lesões bucais cancerizáveis.
15. Introdução de proposta de ampliação curricular e de materiais didáticos em faculdades de odontologia e medicina, através do Subprograma de Educação em Câncer do PRO-ONCO/CNCC, durante todo o quinquênio.
16. Desenvolvimento de ações educativas dirigidas às populações-alvo, como palestras e distribuição e apresentação de materiais didáticos (álbuns seriados, slides, folhetos etc.), por meio de agentes de saúde e líderes comunitários.
- Para criar um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência (objetivo específico 4)*
17. Criação de um modelo de hierarquização e regionalização de assistência ao câncer de boca por um grupo de trabalho interinstitucional, visando à utilização dos recursos — públicos e privados — existentes na rede de saúde, distribuídos em quatro níveis de atuação, a saber: comunitário, de suspeita, de diagnóstico e de tratamento.
18. Manutenção de contato com as secretarias de saúde estaduais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes, assessorando-as na adaptação e im-

plantação do modelo às necessidades regionais e locais, de acordo com os recursos existentes.

As estratégias desenvolvidas e as que estão em desenvolvimento pelo PRO-ONCO são apresentadas como anexos no final do projeto.

Estrutura operacional

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca — PEPCCB é um dos projetos desenvolvidos pelo Programa de Oncologia — PRO-ONCO por meio do Subprograma de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer — sPEPCC.

Suas bases foram estabelecidas após discussões da equipe de elaboração com especialistas das mais diversas áreas da saúde, voltados ao controle do câncer de boca.

A fim de desenvolver as estratégias necessárias visando a alcançar os objetivos desejados, busca a participação da rede de serviços de saúde por meio de ações individuais ou do SUDS. Conta com um conselho consultivo e uma equipe executiva e seu grupo de apoio (Figura 14). Sua composição e funções são a seguir definidas.

Equipe executiva do PEPCCB (EEP)

Composição

Gerente do PRO-ONCO, Gerente do sPEPCCB, Supervisor do PEPCCB e demais integrantes do PRO-ONCO.

Funções

- Apreciar/elaborar os planos de trabalho e de aplicação anuais.
- Executar as medidas necessárias à implantação. Implantar e acompanhar o PEPCCB em todo o território nacional, de acordo com prioridades a serem definidas.
- Administrar/utilizar os recursos destinados à execução do programa.
- Elaborar relatórios semestrais para serem submetidos à análise dos níveis imediatamente superiores.

Conselho consultivo do PEPCCB (CCP)

Composição

Representantes institucionais e especialistas de notório saber na área do câncer de boca, convidados pela Gerência do PRO-ONCO.

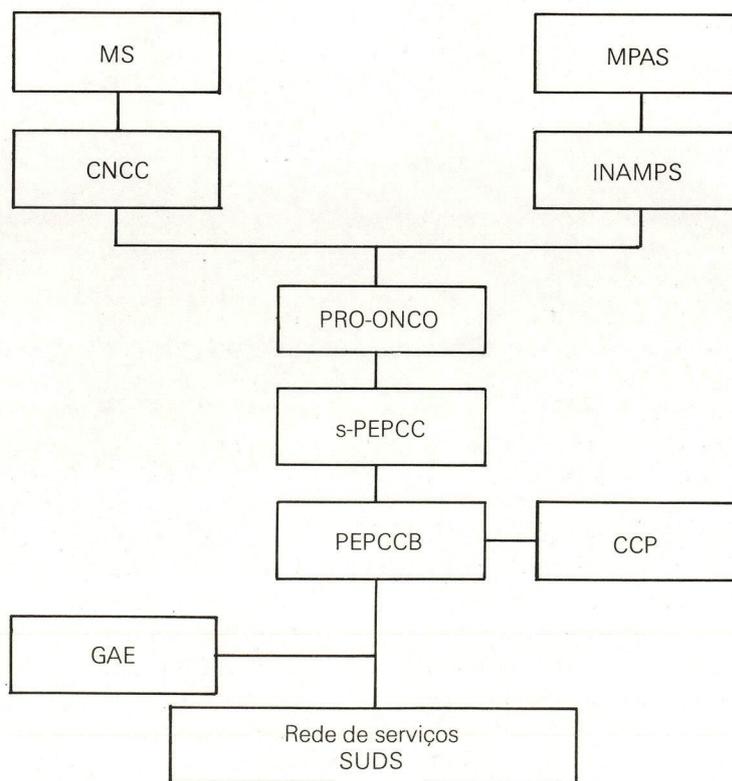


Figura 14 — Estrutura operacional do PEPCCB.

Funções

- Sugerir ações a serem desenvolvidas para alcançar os objetivos do projeto.
- Emitir parecer técnico sobre a programação elaborada anualmente pela Equipe Executiva do Projeto (EEP).
- Representar e divulgar o projeto em eventos científicos e solenidades.
- Auxiliar na divulgação do PEPCCB.
- Coordenar atividades específicas do projeto.
- Acompanhar o desenvolvimento do PEPCCB.

Grupo de apoio executivo (GAE)

Composição

Profissionais de saúde com atuação na área de câncer de boca, especialmente convidados pelo PRO-ONCO.

Funções

- Colaborar na execução das ações programadas.
- Propor adaptações para as ações desenvolvidas a níveis regionais e locais.
- Ministrando cursos, conferências e palestras de natureza técnica, constantes da programação do projeto.

- Colaborar na implantação e implementação do projeto a níveis regionais e locais.
- Representar a EEP a níveis regionais e locais.
- Elaborar relatórios das ações desenvolvidas em nome do projeto.

Rede de serviços de saúde/SUDS

Composição

Profissionais de saúde envolvidos na atenção ao câncer de boca nos níveis **suspeita, diagnóstico e tratamento**, incluindo reabilitação e apoio aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais (FPTA) e que tenham competência para desenvolver as atividades específicas de cada nível.

Funções

- Detectar e encaminhar pacientes com suspeita de câncer de boca para confirmação diagnóstica através de profissionais treinados.
- Confirmar diagnósticos e tratar patologias benignas passíveis de malignização, encaminhando pacientes com câncer para tratamento especializado.
 - Tratar, reabilitar e dar apoio aos pacientes com neoplasias malignas de boca.

ANEXO 1

ESTRATÉGIA 7

Cirurgiões-dentistas em atividades no país

LEVANTAMENTO

Com o objetivo de obter informações sobre os cirurgiões-dentistas em atuação no território nacional, em março de 1988, o Conselho Federal de Odontologia foi contactado fornecendo ao PRO-ONCO/CNCC o número total de cirurgiões-dentistas em atividade no país, assim como a listagem dos profissionais por estado, constando o nome, número do CRO e endereço.

A Tabela A mostra a distribuição dos odontólogos por macrorregiões e estados da Federação, demonstrando a grande prevalência do recurso na Região Sudeste.

Os dados para identificação e localização serão utilizados oportunamente no endereçamento de materiais educativos.

Tabela A — Número e percentual de cirurgiões-dentistas do Brasil por grandes regiões e estados ou territórios da Federação.

Região	Estado/Território	Cirurgiões-dentistas	
		n.º	%
Norte	Roraima	—	—
	Amazonas	557	24,96
	Pará	1.326	59,43
	Amapá	—	—
	Acre	—	—
	Rondônia	348	15,59
	Total	2.231	
Nordeste	Maranhão	684	5,21
	Piauí	731	5,57
	Ceará	1.719	13,11
	Rio Grande do Norte	969	7,39
	Paraíba	1.641	12,51
	Pernambuco	3.115	23,76
	Alagoas	1.000	7,62
	Sergipe	527	4,02
	Bahia	2.722	20,76
	Total	13.108	
Centro-Oeste	Distrito Federal	1.656	29,18
	Mato Grosso	694	0,08
	Mato Grosso do Sul	1.097	19,33
	Goiás	2.228	39,25
		Total	5.675
Sudeste	Minas Gerais	11.511	20,34
	Espírito Santo	1.345	2,37
	São Paulo	31.399	55,48
	Rio de Janeiro	12.336	21,79
		Total	56.591
Sul	Paraná	4.781	36,31
	Santa Catarina	2.150	16,32
	Rio Grande do Sul	6.235	47,35
		Total	13.166
	Brasil	90.771	

Fonte: Conselho Federal de Odontologia, 1987

ANEXO 2

ESTRATÉGIA 14

Encaminhamentos aos cirurgiões-dentistas em atividade no país

CADASTRO EDUCATIVO

Com o objetivo de ampliar a capacitação dos recursos humanos voltados para as ações de prevenção e controle do câncer de boca, escolheu-se como ação ini-

cial o envio de mala direta, com informações sobre a magnitude do câncer no Brasil, aos 90.771 cirurgiões-dentistas do país.

Trata-se da primeira ação educativa. Sob forma de questionário, ao mesmo tempo em que cadastra os profissionais interessados na prevenção e controle do câncer de boca, lembra os cirurgiões-dentistas da sua responsabilidade quanto à detecção de lesões malignas.

A correspondência, que já é enviada com resposta paga, apresenta-se sob forma de:

1. *Folheto* assinado pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelo Conselho Federal de Odontologia, tendo como tí-

tulo *O Câncer de Boca no Brasil*. Faz referência à importância e situação atual do câncer de boca no país, propondo que cada *consultório odontológico* se transforme num centro de *deteccção de lesões iniciais*, e que cada *cirurgião-dentista* participe do *Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca* (Complemento 1).

2. *Questionário* com finalidade educativa, denominado *Cadastro de Profissionais de Saúde com Atenção ao Câncer de Boca*, o qual permite identificar médicos e cirurgiões-dentistas interessados em participar do programa de treinamento sobre prevenção e deteção do câncer de boca. Solicita dados de identificação do profissional e o interroga sobre atividades de diagnóstico que ele desenvolve, assim como seu procedimento para o encaminhamento de pacientes. Procura conhecer sua vinculação com estabelecimentos de saúde e, finalmente, sua conscientização sobre os malefícios do cigarro (Complemento 2).

Complemento 1

O câncer de boca no Brasil

Importância

O perfil de mortalidade no país vem-se modificando nos últimos 40 anos e o câncer já é a segunda causa de morte em vários estados brasileiros, inferior somente às doenças cardiovasculares.

O câncer de boca é uma das neoplasias malignas

mais freqüentes. No período de 1976 a 1980 a boca foi a terceira localização primária de câncer no homem, e a sétima na mulher, em freqüência relativa, para diagnósticos histopatológicos, de acordo com dados do Registro Nacional de Patologia Tumoral.

Situação atual

Ainda hoje mais de 80% dos pacientes que procuram tratamento em hospitais especializados já se encontram em estádios avançados da doença, fase em que as possibilidades de cura estão drasticamente reduzidas. Nestes casos a taxa de mortalidade é superior a 60% e os indivíduos que sobrevivem sofrem grandes mutilações, as quais dificultam seu convívio social e impedem sua reintegração ao trabalho.

Proposta

Poucos profissionais percebem que a boca é uma cavidade que permite fácil inspeção. Perde-se, dessa maneira, a oportunidade de detectar condições pré-malignas ou estádios iniciais da doença quando a cura ainda é possível.

Pretendendo reverter a situação atual, o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Conselho Federal de Odontologia, conscientes da importância do cirurgião-dentista nas ações de controle do câncer de boca, propõem que cada consultório odontológico torne-se um centro de deteção de lesões iniciais e que cada cirurgião-dentista participe do *Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca*, iniciando pelo preenchimento do formulário que segue anexo.

**CADASTRO DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE COM ATENÇÃO
AO CÂNCER**

**PROJETO DE EXPANSÃO DA
PREVENÇÃO E CONTROLE DO
CÂNCER DE BOCA**

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. NOME
2. PROFISSÃO MÉDICO ODONTÓLOGO C.R.O. ou C.R.M.
3. ESPECIALIDADE
4. RUA/AV 5. N°
6. BAIRRO 7. DDD 8. TELEFONE 9. ESTADO
10. CEP 11. MUNICÍPIO

ATIVIDADES DE DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DESENVOLVIDAS PELO PROFISSIONAL

1. EM SEU EXAME DA CAVIDADE BUCAL, BUSCA A DETECÇÃO DE LESÕES MALIGNAS?
1.1 SIM 1.2 NÃO
2. RECOMENDA ALGUM CRITÉRIO DE PERIODICIDADE PARA ESSE EXAME? 2.1 SIM 2.2 NÃO
2.1.1 ANUAL 2.1.2 SEMESTRAL 2.1.3 OUTROS
3. REALIZA BIÓPSIA DE LESÕES SUSPEITAS NO CONSULTÓRIO? 3.1 SIM 3.2 NÃO
4. REALIZA CITOLOGIAS ESFOLIATIVAS EM SEU CONSULTÓRIO? 4.1 SIM 4.2 NÃO

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

1. NÃO PODENDO DESENVOLVER A(S) ATIVIDADE(S), PARA ONDE ENCAMINHA O PACIENTE
- 1.1 NÃO ENCAMINHA 1.3 PARA INSTITUIÇÕES DE SAÚDE:
NOME DA INSTITUIÇÃO _____ ESTADO
- 1.2 PARA OUTROS PROFISSIONAIS
1.2.1 MÉDICO 1.2.2 ODONTÓLOGO
NOME _____ MUNICÍPIO _____ CADASTRO N°
- RUA/AV _____ NOME DA INSTITUIÇÃO _____ ESTADO
- _____ N° _____ MUNICÍPIO _____ CADASTRO N°
- BAIRRO _____ CEP _____ NOME DA INSTITUIÇÃO _____ ESTADO
- TELEFONE _____ ESTADO MUNICÍPIO _____ CADASTRO N°
- MUNICÍPIO _____

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1. TRABALHA EM ALGUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE? 1.1 SIM 1.2 NÃO
NOME DA INSTITUIÇÃO _____ ESTADO MUNICÍPIO _____ CADASTRO
2. TEM INTERESSE EM PARTICIPAR DE PROGRAMA DE TREINAMENTO SOBRE PREVENÇÃO E DETECÇÃO DO CÂNCER DE BOCA?
2.1 SIM 2.2 NÃO
3. COM RELAÇÃO AO VÍCIO DE FUMAR, TEM CONHECIMENTOS DOS MALEFÍCIOS DO CIGARRO
 SIM NÃO
4. ORIENTA SEUS PACIENTES PARA DEIXAREM DE FUMAR?
 SIM NÃO

ASSINATURA _____ DATA ____/____/____

OBS: OS CAMPOS ZEBRADOS NÃO PODEM SER PREENCHIDOS

INAMPS Hospital de Oncologia

Setor de Suporte Terapêutico Oncológico STO

Justificativa

A proposta da criação de um *setor de atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas* (FPT) surgiu como resposta aos questionamentos de um grupo de profissionais de diversos hospitais do Rio de Janeiro, no início de 1986. Ao final daquele ano, após inúmeras reuniões, coordenadas pelo Programa de Oncologia (PRO-ONCO) da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) e do INAMPS, levadas a termo no Hospital de Oncologia, surgiu um documento preliminar denominado PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS ATUAIS (FPTA).

O programa propunha, basicamente, a criação de setores especializados no controle destes pacientes, em hospitais de câncer, visando melhorar a qualidade do atendimento que lhes era oferecida.

A idéia foi apresentada ao diretor do Hospital de Oncologia, que, de pronto, aceitou-a iniciando-se negociações para torná-la viável. Dentre as inúmeras dificuldades defrontou-se de imediato com a impossibilidade vivida pelo país de se contratar pessoal para o serviço público, extensiva inclusive à CNCC. Buscou-se, dessa forma, dentro da própria instituição, e junto ao PRO-ONCO, quem se motivasse pelo trabalho e se propusesse a colaborar, no que foi convenionado denominar de Setor de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) do Hospital de Oncologia. O setor começa a funcionar com uma pequena equipe de voluntários, que visam alcançar objetivos bem definidos, e tem o co-patrocinio da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (PRO-ONCO).

Objetivos do STO

1. Melhorar a qualidade da sobrevivência dos pacientes FPTA, através da oferta de assistência multiprofissional em níveis ambulatorial, hospitalar, domiciliar e por supervisão aos hospitais de apoio.
2. Liberar os leitos do Hospital de Oncologia ocupados por pacientes FPTA, permitindo maior ocupação por aqueles que ainda se encontram em

condições de beneficiar-se com as técnicas especializadas de tratamento do câncer (cirurgia, radioterapia, quimioterapia).

3. Oferecer oportunidade de crescimento profissional à equipe que se inicia nessa proposta inovadora.

Rotina de Funcionamento do STO

1. Atividades básicas:

- atendimento ambulatorial
- atendimento a pacientes internados
- atendimento domiciliar
- supervisão de hospitais de apoio
- reuniões de avaliação de pacientes (RAP).

Atendimento ambulatorial

Profissionais envolvidos: médico, assistente social, enfermeiro, psicólogo e nutricionista.

Clientela: pacientes ambulatoriais encaminhados pelas clínicas de tratamento especializado do Hospital de Oncologia (primeira vez e controle).

Frequência: três turnos/semana (psicólogo: 1 turno/semana).

Atividades: assistência multiprofissional a nível de ambulatório, visando proporcionar assistência médica sintomática, de manutenção das funções vitais, e controlando, quando possível, os aspectos intercorrentes ou decorrentes da patologia.

Atendimento a pacientes internados

Profissionais envolvidos: médico, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, AOSD, psicólogo e nutricionista.

Clientela: a) pacientes internados que foram considerados FPTA pelas clínicas especializadas e que aguardam providências para remoção; b) pacientes internados na enfermaria 506.

Frequência: diária.

Atividades: assistência multiprofissional a pacientes

FPT internados e que aguardam transferência para hospitais de apoio, recebendo procedimentos de alívio ou em assistência pré-agônica.

Atendimento domiciliar

Profissionais envolvidos: enfermeira, com a colaboração dos demais profissionais da equipe.

Clientela: pacientes FPT do Hospital de Oncologia que tenham condições de permanecer na residência e que moram no município do Rio de Janeiro.

Frequência: três turnos/semana/enfermeiro
demais profissionais: quando necessário

Atividades: assistência de enfermagem aos pacientes do STO impossibilitados de comparecer aos controles ambulatoriais e que tenham condições clínico-sociais mínimas. Visa orientar pacientes e familiares quanto aos cuidados gerais necessários ao controle de medicamentos e demais procedimentos que lhes permitam permanecer na residência.

Supervisão de hospitais de apoio

Profissionais envolvidos: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista.

Clientela: pacientes FPTA do Hospital de Oncologia internados no hospital de apoio.

Frequência: semanal.

Atividades: supervisão da assistência técnica oferecida pelo hospital de apoio aos pacientes FPTA provenientes do Hospital de Oncologia, visando oferecer melhor qualidade de atendimento.

Reuniões de avaliação de pacientes (RAP)

Profissionais envolvidos: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem, nutricionista e demais profissionais de saúde interessados, funcionários do Hospital de Oncologia ou não (reunião aberta).

Clientela: pacientes FPTA do Hospital de Oncologia.

Frequência: semanal.

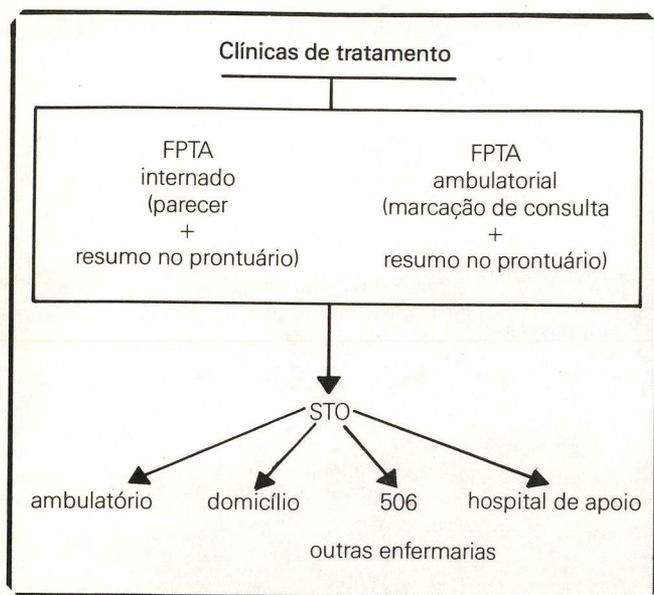
Atividades: discussão de casos e procedimentos polêmicos, assim como das dificuldades técnicas e psíquicas da equipe multiprofissional.

2. Fluxo de pacientes:

- Em vista do número limitado de profissionais da equipe, o STO se propõe a atender somente pacientes em tratamento ou acompanhamento pelas demais seções ou setores do Hospital de Oncologia. Assim sendo, pacientes encaminhados por outras instituições, já considerados e confirmados FPTA, continuarão sendo reencaminhados pelos plantonistas às instituições de origem, ou, quando não for possível, ao hospital de apoio.
- O STO estará aberto ao encaminhamento de qual-

quer paciente FPTA do Hospital de Oncologia não havendo, no entanto, obrigatoriedade para isto. Caso o profissional ou seção/setor que trata o paciente tenha interesse em continuar este procedimento, tem inteira liberdade para tal. O encaminhamento ao hospital de apoio, no entanto, para fins de controle, só poderá ser feito através do STO.

- Como o STO não tem entre suas atividades atendimentos de emergência, os pacientes do setor que procurarem o hospital fora das consultas marcadas continuarão, à semelhança daqueles das demais seções, a serem atendidos pelos plantonistas, os quais terão inteira liberdade para encaminhá-los ao hospital de apoio, quando necessário.
- Para pacientes em regime ambulatorial, o encaminhamento ao STO será feito mediante resumo do caso no prontuário de consulta no guichê da recepção da UPE.
- Para pacientes internados o procedimento será o mesmo, ou seja, através de resumo do caso no prontuário e pedido de parecer (MSA 12) depositado em caixa de coleta na sala de ponto dos médicos, no segundo andar.
- O paciente FPTA de primeira vez começará a ser atendido no setor através de anamneses dirigidas, registradas em formulário próprio (anexo) pelos profissionais do STO, que, mediante revisão do caso, confirmarão se realmente foram esgotadas todas as chances de tratamento especializado. Após consulta será definida a conduta a ser seguida, quanto à terapêutica e à modalidade de assistência a serem oferecidas (ambulatorial, por internação ou domiciliar).
- Havendo dúvidas sobre a indicação FPTA, o STO se reportará às clínicas de origem para rediscutir o caso. Confirmada, o setor assume automaticamente o paciente, independentemente da enfermaria onde este se encontra, tomando todas as providências para a sua transferência o mais rápido possível, inclusive medicando-o diariamente, até sua remoção. Responsabilizar-se-á pelo atendimento até o óbito, quer no Hospital de Oncologia, em residência ou no hospital de apoio. Os procedimentos quanto ao fornecimento do atestado de óbito seguirão, por enquanto, a mesma rotina adotada no Hospital de Oncologia.
- Resumindo, o fluxo de pacientes FPTA se fará a partir das clínicas de tratamento especializado para o STO, com pequenas diferenças no encaminhamento. No setor, ele terá quatro opções de acompanhamento, a saber: ambulatório, domicílio, enfermarias do Hospital de Oncologia e hospital de apoio (ver figura).



3. Assistência pela equipe multiprofissional

- Para alcançar seu objetivo primordial, ou seja, oferecer melhor sobrevida ao paciente FPTA, o STO terá que lançar mão de procedimentos de suporte das funções vitais buscando o controle dos sinais e sintomas mais freqüentes, o equilíbrio das funções nutricionais, respiratórias, cardiológicas, de eliminação, etc... As condições clínico-laboratoriais serão avaliadas periodicamente para tentar o controle das intercorrências.
- O setor estará alerta para os padrões de metástases ou propagação, de acordo com a história natural da doença, tendo que lançar mão de procedimentos terapêuticos especializados sempre

que se fizer necessário, como radioterapia anti-lérgica, anti-hemorrágica, e em lesões ósseas em vias de fratura... Utilizará igualmente cirurgias com finalidade higiênica, descompressivas, de manutenção das funções vitais, de controle da dor, assim como colocação de próteses e órteses as mais diversas, de acordo com os protocolos e rotinas do STO.

- Quanto ao suporte sócio-econômico necessário para que as famílias possam abrigar seus pacientes, o Hospital de Oncologia oferecerá desde os medicamentos até os materiais permanentes e de consumo necessários.
- Quanto ao suporte sócio-econômico necessário para que as famílias possam abrigar seus pacientes, o STO oferecerá desde os medicamentos necessários, aos materiais de consumo (gaze, esparadrapo, colchão d'água, etc...) e permanentes (cadeira de rodas, balas de oxigênio, etc...) que serão reaproveitados após o óbito.
- Na medida do possível o setor procurará solucionar internamente suas indicações, mas na impossibilidade de fazê-lo por inadequação dos recursos humanos ou materiais, necessitará de auxílio das demais clínicas do Hospital de Oncologia ou de outras instituições com as quais espera contar.
- A equipe, que se propõe a realizar essa tarefa de assumir o paciente FPTA com toda a importância do que ainda pode ser-lhe oferecido, fará avaliações periódicas em relação aos custos-benefícios alcançados, estabelecendo para tal, protocolos, parâmetros e sistemas de controle que serão divulgados no decorrer do trabalho.

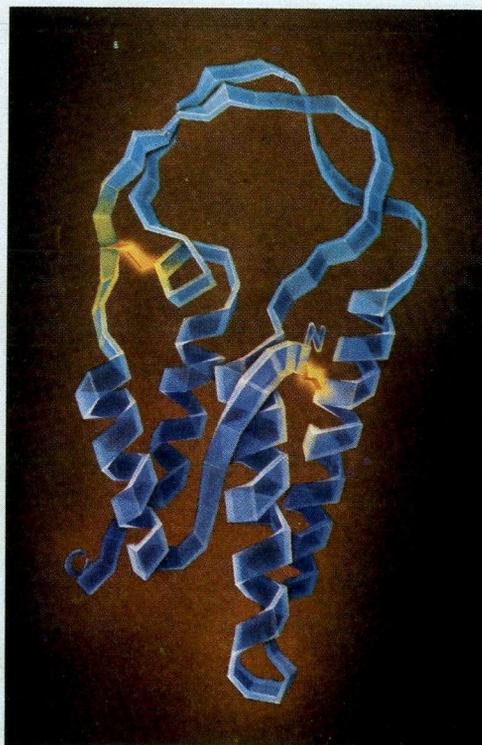
STO — Escala de Atividades

2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira
Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria	Enfermaria
Parecer	Parecer	Parecer	Parecer	Parecer
Ambulatório	- - -	Ambulatório	- - -	Ambulatório
- - -	RAP	- - -	- - -	- - -
- - -	- - -	- - -	Supervisão do	- - -
Visita	- - -	Visita	hospital de	- - -
domiciliar	- - -	domiciliar	apoio	Visita
			- - -	domiciliar

INAMPS — HOSPITAL DE ONCOLOGIA
Setor de Suporte Terapêutico Oncológico — STO
Escala de Atividades/Responsáveis

2ª feira —	Visita enfermagem/ parecer • médico Magda • enfermeiro Miriam ou Celina • ass. social Vandete ou Valéria Ambulatório (8:00h) • médico (sala 7) Magda • enfermeiro (sala 8) Miriam ou Celina • ass. social (sala 10) Vandete ou Valéria • psicólogo (sala) Rosilea Visita domiciliar (13:00h) • enfermeiro Miriam ou Celina
3ª feira —	Visita enfermagem/ parecer • médico Eurídice ou Regina ou Magda • enfermeiro Miriam ou Celina • ass. social Vandete ou Valéria Reunião de avaliação de pacientes (RAP) (13:00h) equipe multidisciplinar
4ª feira —	Visita enfermagem/ parecer • médico Eurídice • enfermeiro Miriam ou Celina • ass. social Vandete ou Valéria Ambulatório (13:30h) • médico (sala 5) Eurídice • enfermeiro (sala 6) Miriam ou Celina • ass. social (sala 7) Vandete ou Valéria Visita domiciliar (13:00h) • enfermeiro Miriam ou Celina
5ª feira —	Visita enfermagem/ parecer • médico Eurídice ou Regina • enfermeiro Miriam ou Celina • ass. social Vandete ou Valéria Supervisão do Hospital de Apoio (13:00h) • médico Eurídice ou Regina ou Magda • enfermeiro Miriam ou Celina • ass. social Vandete ou Valéria
6ª feira —	Visita enfermagem/ parecer • médico Regina • enfermeiro Miriam ou Celina • ass. social Vandete ou Valéria Ambulatório (13:30h) • médico (sala 12) Regina • enfermeiro (sala 6) Miriam ou Celina • ass. social (sala 7) Vandete ou Valéria Visita domiciliar (13:00h) • enfermeiro Miriam ou Celina

**A Schering
está lançando no Brasil
o primeiro
Interferon Alfa
produzido
por engenharia genética.**

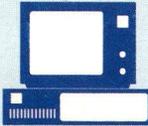


**SCHERING E INTRON-A
COLOCAM À SUA DISPOSIÇÃO
OS RESUMOS DA MAIS
RECENTE LITERATURA MUNDIAL
SOBRE INTERFERONS**



Para receber no endereço de sua preferência os resumos das principais e mais recentes publicações sobre os Interferons, basta agora solicitá-los através do representante Schering.

I N T R O N A
INJETÁVEL/marca de INTERFERON ALFA-2b



ICON
SERVIÇO DE CONSULTA
BIBLIOGRÁFICA
SOBRE INTERFERONS

Programa Nacional de Combate ao Fumo

Plano de Trabalho para o período 1988-2000

Elaboração:

Vera Lúcia da Costa e Silva
Luiz Carlos Pelizário Romero

Sumário:**1. Fundamentação**

Fumo x saúde
Fumo x poluição ambiental
Fumo x agricultura
Fumo x economia
Fumo x história
Fumo x luta antitabágica no Brasil
Fumo x legislação

2. Descrição do programa

Objetivos
Metas
Estratégias
Avaliação

3. Desenvolvimento do programa

Parâmetros para programação
Estratégias de implementação
Estrutura operacional
Articulação interinstitucional
Previsão de investimentos

4. Programação de atividades

O que foi feito — triênio 1986/1987/1988
Programação 1989

Fumo x história

Quando Colombo chegou em Cuba no século XV encontrou nativos aspirando fumaça de rolos feitos de folhas. Tais folhas provinham de uma planta denominada caoba e o canudo empregado para aspirá-las era chamado tabaco. Supõe-se que o fumo chegou ao Brasil a partir da migração de tupis-guaranis da região das Antilhas e Andes Bolivianos, trazendo consigo o hábito de cultivar tabaco em pequenas plantações por toda a costa do Brasil, para utilização nas mais diversas cerimônias. Aos nossos índios se deve a criação e uso da cangueira, que consistia em um charuto de folhas secas de fumo enroladas em uma folha de palmeira. Não era no entanto esta a única forma de utilizá-lo; também era aspirado (pó) e mascado. Uma característica é importante para que se consiga ver esta questão historicamente: o uso do tabaco era mágico, religioso, limitado a mitos e, muitas vezes vinculado às propriedades medicinais que lhe eram atribuídas. Não é comprovado em nenhum trabalho de indigenistas e antropólogos a utilização do tabaco nos moldes atuais, com seu uso constante e a decorrente dependência que ela acarreta. Tribos que mantiveram um contato mínimo com a sociedade, como os araveté, do Baixo Xingu, continuam fazendo do tabaco o uso meramente ritual ou cerimonial.

Os pajés eram os indivíduos que mais o utilizavam entrando em transe através do seu uso para contatar espíritos e almas de mortos. Adquiriam também, com o uso do fumo, a capacidade de predizer o melhor momento para caçar, viajar ou atacar outra tribo. A fumaça do tabaco era considerada purificadora, protegendo os índios contra os maus espíritos quando era soprada sobre os mesmos. Com função medicinal era soprada a fumaça sobre os doentes, ou mesmo colocada nos cantos das ocas para prevenir epidemias.

No início do século XVI o tabaco brasileiro começou a ser levado para Portugal, servindo como objeto de troca pelos índios nas barganhas com os brancos. Jean Nicot, arquivista do rei da França em missão diplomática em Portugal, remeteu espécimes da planta e suas sementes com poderes curativos para aquele país, disseminando-se seu uso pela Europa. A planta *Nicotiana Rústica* não era muito agradável, tendo sido substituída pela *Nicotina Tabacum*, nativa nas áreas da América, inclusive no Brasil, pelo seu aroma considerado mais delicado.

Neste período o fumo era utilizado como medicamento, havendo relato de 59 doenças que seriam curadas pelo seu uso. Servia também como dentífrico e para espantar epidemias. No final do século XVI o Recôncavo Baiano começou a abrigar pequenas culturas pela procura que vinha sendo feita do produto.

No século XVII, organizaram-se as primeiras companhias de tabaco (Virginia Company, na Inglaterra) e

o produto começou a sofrer as suas primeiras taxações. Já difundido na Europa, por alguns períodos foi considerado atentador aos bons costumes, permanecendo por tempos confinado a soldados, marinheiros e homens rústicos, que utilizavam o fumo de corda. Introduziu-se definitivamente, porém, neste século, na burguesia e nobreza, tornando-se parte da rotina diária conferindo distinção e assegurando a afirmação de virilidade: é a idade do ouro do cachimbo que entra nos hábitos das classes altas com a implantação das primeiras indústrias de cachimbo. É neste momento que surgiram os precursores do cigarro, os papeletos ou papeletes. No Brasil, neste século, o fumo começou a ter uma importância econômica maior: sua venda foi regulamentada criando-se a Junta de Administração do Tabaco com as primeiras taxas, direitos e dízimos. A maior parte do tabaco ia para Lisboa e depois voltava para ser consumido aqui, o que tornava o produto totalmente dependente de Portugal. Os holandeses, nesta época, conquistaram o Golfo de Guiné, local de intensa comercialização de escravos. No entanto, proibiram o comércio de mercadorias européias aos portugueses, só permitindo como fonte de troca a compra de rolos de fumo da Bahia, que eram de terceira qualidade, mas que asseguravam o preenchimento dos navios negreiros com destino ao Brasil. Este comércio estabelecido escapou ao controle de Lisboa tornando-se uma das atividades mais importantes no país, levando à sua colocação nas armas do Império, junto com o café.

No século XVIII, o seu consumo expandiu-se no mundo tendo sido daí para frente utilizado o rapé, cujo uso manteve-se em voga durante 200 anos. O rapé era o pó do tabaco, que colocado no dorso da mão na depressão existente entre o polegar e o pulso (tabaqueira anatômica), fazia espirrar. Naquela época, quanto mais rico o indivíduo, melhor sua tabaqueira (pequeno pote para armazenar o rapé), que podia ser adornada com ouro, prata...

É dessa época a primeira proibição de fumar em navios, para que fossem evitados incêndios, o que levou os marujos a mascarem tabaco. Uma moda da época foram as escarradeiras de salões, residências e até de hospitais, além de escarradeiras portáteis, pois quem mascasse tabaco tinha que necessariamente cuspir.

É dessa época a primeira advertência científica do efeito nocivo do tabaco. No Brasil foi criada a Mesa de Inspeção do Tabaco, com regulamentação da legislação pertinente em 1751, pelo Marquês de Pombal. O mercado consumidor cresceu em São Paulo e no Rio de Janeiro. O cultivo do tabaco estendeu-se a Minas, Goiás e São Paulo que investiram na comercialização do fumo de corda.

No século XIX, surge o charuto, na Espanha, que se tornou cada vez mais longo e volumoso: ficam famosos os havanas e os holandeses. Desenvolveram-se as

máquinas de charuto cuja produção de 1890 a 1920 passou de 4 bilhões para 8 bilhões de unidades. Nas estradas de ferro criou-se a primeira separação de ambientes com a reserva de lugares para fumantes. As cigaretes, tabacos cada vez mais puros, envoltos por papéis delicados, apareceram em 1840.

É deste período o surgimento das primeiras máquinas de cigarro e o início da disputa comercial entre o charuto e o cigarro no acesso ao consumidor.

Na Bahia, a Suerdieck e a Dannemann fabricavam 70 milhões de unidades anuais no Recôncavo, o que era feito artesanalmente, na sua grande maioria pelos negros, que já tinham o legado da cultura do tabaco desde a época da escravidão. Uma segunda advertência dos efeitos do fumo relacionou câncer de boca/uso do cachimbo. Rui Barbosa, então Ministro da Fazenda, cria o IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) em 1892 e torna o fumo a principal fonte tributária do Estado. As companhias de rapé ainda existiam no final do século com uma produção anual de 75 toneladas.

No início do século XX, expandiu-se a instalação de máquinas de fazer cigarros; foram fundadas no Brasil as principais companhias de fumo que vieram a se associar posteriormente a multinacionais; em 40 anos a área cultivada foi ampliada três vezes. A grande expansão no hábito de fumar ocorreu neste século tomando grandes proporções no que tange ao mercado consumidor. O estresse vivenciado pelo aumento das populações, as alterações dos padrões de vida e facilidade em adquirir, portar e usar cigarros, favoreceu o consumo do mesmo.

Surgiram as propagandas e campanhas de marketing das grandes indústrias do fumo, reforçando os valores já existentes na sociedade e utilizando a associação do cigarro a um padrão de vida e classe mais elevados.

Houve a difusão do hábito de fumar às massas; esse foi o século mais cheio de perturbações e mudanças conhecidas: a humanidade atravessou períodos de grande tensão social e emocional, não devido apenas às duas Grandes Guerras Mundiais mas, também, ao fenômeno da metropolização e da migração de milhões de indivíduos. Ocorreram também mudanças na economia capitalista que, para a produção em massa, exigiu um maior controle sobre a força de trabalho. O Taylorismo e o Fordismo foram os instrumentos para essa adaptação de vida dos trabalhadores às exigências de produtividade capitalista. Aumentando o estresse e diminuindo as opções de vida, com menos opções de lazer, a isto se associam uma necessidade de conquista de *status* e utilização de modelos bem sucedidos. Entra aí o cigarro como participante ativo desta nova forma de vida e de sociedade. No Brasil estas mudan-

ças ocorreram sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial quando o país inicia sua industrialização. É a partir desta fase que se difunde o hábito de fumar na população do país. Um enfoque desse tipo para uma estratégia contra o tabagismo permite que sejam considerados os grupos da população que se tornam ou que se tornaram recentemente consumidores de cigarro: os jovens e as mulheres. Quanto aos jovens, será necessário levar em conta sua socialização e, nesse processo, compreender o que psicanalistas argentinos chamaram de "síndrome de adolescência normal". Quando falamos em socialização estamos pensando na preparação ou no ingresso efetivo no mercado de trabalho. No caso das mulheres, elas se tornaram consumidoras de cigarro, sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial: a incorporação da mulher no mercado de trabalho significa a incorporação do hábito de fumar: tensões novas, oriundas da sobreposição de um novo papel (trabalhar, produzir, competir) ao anterior (a tradicional "dona do lar"). Na classe média o consumo em massa começou com o movimento feminista, um movimento pela igualdade de direitos civis e políticos, inclusive o "direito de fumar" publicamente. No Brasil, isto ocorreu a partir de 1930, com Berta Lutz e o direito de voto para as mulheres.

É importante a diferenciação de classes a serem atingidas no escopo de uma campanha. Atualmente observamos um declínio do consumo de cigarros na classe média enquanto persiste o hábito de fumar entre as classes trabalhadoras mais baixas (como ocorre nos Estados Unidos da América); além disso, o jovem da classe média tende a substituir o cigarro por novas drogas, abrindo aí um leque mais amplo de problemas de saúde de grupo.

Muitos outros aspectos abrangem a questão "tabagismo", não podendo, no entanto, deixar de ser lembrado que, como hábito (ou vício) está incorporado a toda história de um povo, fato que nos é mostrado por nosso próprio folclore: o Saci-Pererê e o Preto Velho que têm incorporados à sua imagem o cachimbo, tendo o Saci a mão furada para não se queimar com a brasa que o acende, e o Curupira, que tem fama de pedir fumo aos viajantes, são exemplares de imagens consagradas como parte de nossa cultura, que nos cabe conhecer e entender para definirmos melhores estratégias no controle do tabagismo no país.

Referências bibliográficas

- Stotz, Eduardo — Tabagismo: Um Enfoque Sociológico. Exposição sobre o tema apresentado em 27/7/88, Centro de Referência Prof. Helio Fraga, Curicica — RJ.
- Nardi, Jean Baptiste — A História do Fumo Brasileiro. Abifumo, 1985.
- Rosenberg, José — Tabagismo: Um Sério Problema de Saúde Pública — São Paulo. Editora Almed, 1987, 2ª edição.

Descrição do programa

1. Objetivos

1.1. Geral

Promover a saúde e contribuir para a proteção das doenças tabaco-relacionadas.

1.2. Específicos

1. Promover hábitos saudáveis de vida entre os quais situa-se a valorização e reconquista de um ar puro para respirar, livre de poluentes como a fumaça de cigarro.

2. Proteger crianças, gestantes, idosos e portadores de doenças dos aparelhos respiratórios, cardiocirculatórios da exposição passiva ou ativa aos produtos do tabaco.

3. Reforçar o controle de qualidade do ar ambiente particularmente em recintos fechados e restritos, nos quais os poluentes, entre eles a fumaça do cigarro, pode ter concentração mais elevada aumentando a nocividade à saúde.

4. Criar na sociedade, com sua participação, atitudes favoráveis à abstenção do fumo e à mudança cultural necessária à reversão da epidemia tabágica.

2. Metas

1. Reduzir o consumo de cigarros total e per capita mantendo-o estável em relação ao consumo atual até o ano 2000.

2. Reduzir a prevalência de tabagismo entre adultos (maiores de 20 anos) a 30% no ano 2000.

3. Fazer com que o percentual de grávidas fumantes no ano 2000 não ultrapasse 50% do total de mulheres tabagistas.

4. Reduzir a prevalência de tabagismo entre adolescentes e adultos jovens (10-20 anos) a menos de 5% no ano 2000.

5. Informar todos os profissionais de saúde, até 1995, quanto ao risco de doenças relacionadas ao uso de produtos de tabaco e à exposição à poluição tabágica ambiental (doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, doenças cardiovasculares e complicações da gravidez, do parto e do desenvolvimento infantil, incluindo as infecções respiratórias agudas). Tais informações deverão estar dentro do nível de competência de cada grupo.

6. Informar todos os professores de 1º e 2º graus, até 1995, quanto ao risco de doenças relacionadas ao uso de produtos de tabaco e à exposição à poluição tabágica ambiental (doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, complicação da gravidez, do parto e do desenvolvimento infantil).

7. Informar toda a população adulta, até o ano 2000,

quanto ao risco de doenças relacionadas ao uso de produtos de tabaco e à exposição à poluição tabágica ambiental (doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, infarto do miocárdio e complicações da gravidez, do parto e do desenvolvimento infantil).

8. Informar toda população feminina adulta, até o ano 2000, quanto ao risco de complicações decorrentes do consumo de cigarros durante a gravidez e da sua interação com contraceptivos orais.

9. 60% dos escolares (última série do 1º grau), em 2000, devem saber relacionar o vício de fumar com o aumento do risco de sérias doenças do coração e do pulmão e associar a exposição à poluição tabágica ambiental com o aumento do risco de complicações da gravidez, do parto e do crescimento e do desenvolvimento infantil. O mesmo percentual de escolares deverá relacionar o não-fumar com *status* de saúde.

10. Até o ano 2000: a) 80% dos trabalhadores que lidam com asbesto em minas e usinas de urânio, com poeiras minerais e orgânicas, em minas de carvão, com poeira de sílica e produtos de algodão devem estar informados dos riscos da interação do fumo com os poluentes ocupacionais; b) 80% dos trabalhadores em escritórios e outros ambientes de trabalho coletivo fechados devem estar informados dos riscos da exposição à poluição tabágica ambiental.

11. Até 1990, deverão existir leis federais: a) proibindo o uso de produtos de tabaco em locais públicos fechados (em especial escolas, serviços de saúde e nos transportes coletivos); e b) estabelecendo áreas separadas para fumantes e não-fumantes nos locais de trabalho e de consumo de alimentos.

12. Até 1995, deverão existir leis federais: a) proibindo a promoção, a propaganda, a publicidade direta e indireta, o apoio e o patrocínio de eventos culturais e esportivos, bem como de ações de saúde e de defesa do meio ambiente, pelos produtores, fabricantes, beneficiadores, industriais e vendedores de produtos de tabaco; e b) obrigando a existência de advertências sobre os riscos para a saúde do consumo de tabaco, nos maços de cigarros, pacotes de tabaco e demais produtos de tabacaria, bem como em todo material publicitário sobre os mesmos.

13. Aumentar progressivamente a taxação dos produtos de tabaco até, no mínimo, 80% do preço de venda, até o ano 2000, repassando este custo para o preço ao consumidor.

14. Excluir, até o ano de 1995, o preço do cigarro do cálculo dos índices de custo de vida.

15. Até o ano 2000 todas as unidades federadas e cidades de mais de 1 milhão de habitantes deverão possuir programas para deixar de fumar, mantidos, preferencialmente, por organizações não-governamentais.

16. Produzir a cada 5 anos (1990, 1995, 2000) as informações estatísticas necessárias à vigilância epide-

* Considera-se como todos os profissionais de saúde, a informação atingindo 95% de cada grupo relatado.

miológica do problema, com vistas ao diagnóstico, ao acompanhamento e à avaliação da ação de governo e da evolução do problema.

3. Estratégias

3.1. Ação educativa junto a profissionais de saúde e educação, grupos prioritários.

1. Atuação junto à formação de profissionais de saúde e educação (em todos os níveis).

2. Difusão de informação para profissionais de saúde e educação, para a obtenção de um corpo de profissionais indispensáveis ao acesso e educação dos demais grupos, o que diferencia a nível de estratégia de problema.

3. Difusão de informação para instituições de saúde, incluindo os SUDS e para instituições de educação, para o desenvolvimento de ações adequadas junto a seus profissionais e clientela.

3.2. Ação educativa junto a outros grupos e à comunidade.

1. Difusão de informações científicas para legisladores e autoridades sanitárias.

2. Educação para a saúde, integrada nos currículos de 1.º e 2.º grau e nas universidades, voltadas para as crianças, adolescentes e jovens.

3. Educação para a saúde desenvolvida nos serviços de saúde e organizações comunitárias, dirigidas preferencialmente a gestantes, pacientes de risco e fumantes passivos.

4. Educação para a saúde desenvolvida nos ambientes de trabalho, enfocando preferencialmente os riscos de exposição à poluição tabágica ambiental e da interação do fumo com poluentes ocupacionais.

5. Difusões de informações científicas para promotores, comercializadores, industriários e produtores do tabaco, sobre as evidências dos malefícios do uso do tabaco.

6. Campanhas de comunicação social (através de cartazes, rádios, TV, jornais, sistemas de alto-falante, etc...) e ações promocionais (concursos, eventos culturais e esportivos, etc...) visando difundir informação à população em geral, fazer contrapropaganda e criar atitudes favoráveis à mudança cultural.

7. Utilização de líderes de opinião (parlamentares, artistas, modelos, autoridades, escritores, desportistas...) pela sua identificação, difusão diferenciada de informação e mobilização para apoio às ações antitabágicas em suas respectivas áreas de atuação. Promoção

de seminários e encontros, realização de mostras e exposições e outras ações capazes de chamar a atenção de autoridades e legisladores para a questão e favorecer a legislação antitabágica.

3.3. Ação legislativa e na esfera econômica

1. Encaminhamento de projetos de lei diretamente (moções populares) ou através de parlamentares.

2. Identificar sistematicamente as autoridades e legisladores que favoreçam ou não a política de controle de tabagismo no país a atuar junto a eles.

3. Estimular a promulgação de legislação antitabágica a nível estadual e municipal oferecendo apoio técnico e assessoria.

4. Formular uma política de governo (econômica, fiscal, trabalhista) em relação ao tabaco, que atenda aos interesses da saúde da população, sem comprometer a arrecadação fiscal e o emprego, política esta de iniciativa do Ministério da Saúde.

3.4. Ação médico-social

1. Estimular organizações públicas e não-governamentais a estabelecer e a desenvolver programas para deixar de fumar.

3.5. Ação de pesquisa e informação

1. Negociar com órgãos governamentais responsáveis pelo desenvolvimento científico e tecnológico (CNPq, CAPES, Ministério da Ciência e Tecnologia) a criação de linhas de pesquisa voltadas para a produção de informação epidemiológica de interesse para o diagnóstico, o acompanhamento e a avaliação da ação do governo e da evolução do problema.

2. Obter financiamento para pesquisas nesta linha, a serem desenvolvidas em centros de pesquisa nacionais ou pelo próprio Ministério da Saúde.

3. Conveniar com organismos internacionais e centros nacionais de pesquisa para desenvolvimento de pesquisas nesta linha.

4. Estabelecer cooperação técnica com organismos internacionais (OMS, UICC, UICT, etc.) e outros programas nacionais com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico.

4. Avaliação

Proceder-se-á a avaliações periódicas com vista ao acompanhamento das ações programadas (monitoramento, reprogramação) a serem feitas com base nos seguintes indicadores:

Metas		Indicadores	Periodicidade
1.	1.1.	Consumo de cigarros no país em unidades vendidas.	mensal
	1.2.	Consumo per capita de cigarros = $\frac{\text{n.º de unidades vendidas no ano}}{\text{população total}}$	anual
	1.3.	Consumo per capita de cigarros da população adulta = $\frac{\text{n.º de unidades vendidas por ano}}{\text{n.º de habitantes 20 anos}}$	anual
2.	2.1.	Prevalência (%) de tabagismo entre adultos (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{n.º de fumantes regulares 20 anos}}{\text{n.º de habitantes 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	3.1.	Proporção de gestantes fumantes (total por idade e extrato sócio-econômico) = $\frac{\% \text{ de gestantes fumantes}}{\% \text{ de mulheres fumantes}} \times 100$	quinquenal
4.	4.1.	Prevalência de tabagismo entre adolescentes de 10 a 14 anos (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes regulares de 10 a 14 anos}}{\text{população com 10 a 14 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.2.	Prevalência de tabagismo entre adultos jovens de 15 a 19 anos (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes regulares de (15 a 20 anos)}}{\text{população com 15 a 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.3.	Prevalência de tabagismo entre adolescentes (10 – 20 anos) (total por sexo e extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes regulares (10 a 20 anos)}}{\text{população com 10 – 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.4.	Uso de tabaco entre adolescentes de 10 a 14 anos (total por sexo, extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes ocasionais de 10 a 14 anos}}{\text{população com 10 a 14 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.5.	Uso de tabaco entre adolescentes de 15 a 20 anos (total por sexo, extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes ocasionais de 15 a 20 anos}}{\text{população com 15 a 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.6.	Uso de tabaco entre adolescentes de 10 a 20 anos (total por sexo, extrato sócio-econômico) = $\frac{\text{N.º de fumantes ocasionais de 10 a 20 anos}}{\text{população com 10 a 20 anos}} \times 100$	quinquenal
	4.7.	Idade média em que começou a fumar por cortes de 10 anos (total por sexo e extrato sócio-econômico) (gráfico)	quinquenal
5.	5.1.	Proporção (%) de profissionais de saúde que relacionam tabagismo e exposição à poluição tabágica ambiental com: doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, doença cardiovascular, complicações da gravidez, do parto, do crescimento e desenvolvimento infantil e infecções respiratórias agudas (total por categoria profissional e faixas etárias)	quinquenal
6.	6.1.	Proporção (%) de professores que relacionam tabagismo e exposição à poluição tabágica ambiental com: doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, doença cardiovascular, complicações da gravidez, do parto e do crescimento e desenvolvimento infantil (total e por faixas etárias)	quinquenal
7.	7.1.	Proporção (%) da população urbana com mais de 20 anos que relacionam tabagismo e exposição e poluição tabágica ambiental com: doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, infarto do miocárdio e complicações da gravidez, do parto e do crescimento e desenvolvimento infantil (total por idade, sexo e extrato sócio-econômico)	quinquenal

Metas	Indicadores	Periodicidade
8.	8.1. Proporção (%) da população urbana feminina de mais de 20 anos que está informada dos riscos do consumo de cigarros durante a gestação e da interação com contraceptivos orais (total por idade e extrato sócio-econômico)	quinquenal
9.	9.1. Proporção (%) de Crianças de 14 anos que relacionam tabagismo com doenças do pulmão e do coração (por sexo e UF)	quinquenal
	9.2. Proporção (%) de crianças de 14 anos que relacionam riscos de exposição à poluição tabágica ambiental (por sexo e UF)	quinquenal
10.	10.1. Proporção (%) de trabalhadores informados dos riscos de interação do tabaco com poluentes ocupacionais (por grupo de risco)	quinquenal
	10.2. Proporção (%) de trabalhadores em ambientes fechados informados do risco da exposição à poluição tabágica (por UF)	quinquenal
11.	11.1. Existência de lei (ou leis) federal (federais) proibindo o uso de produtos de tabaco em escolas, estabelecimentos de saúde e transporte coletivos.	quinquenal
	11.2. Existência de áreas separadas em locais de trabalho e de consumo de alimentos (por UF)	quinquenal
12.	12.1. Existência de legislação federal proibindo a propaganda.	quinquenal
	12.2. Existência de legislação federal obrigando a existência de advertências.	quinquenal
13.	13.1. Nível (%) de taxaço sobre o preço de vendas ao consumidor.	quinquenal
	13.2. Evolução do preço de venda ao consumidor (gráfico).	quinquenal
14.	14.1. O Preço do cigarro entra nos cálculos dos índices oficiais de custo de vida?	quinquenal
15.	15.1. Número de UF que possuem programas permanentes para deixar de fumar.	quinquenal
	15.2. Percentual de cidades com mais de 1 milhão de habitantes que possuem programas permanentes para deixar de fumar, seguindo o tipo de instituição mantenedora.	quinquenal
16.	16.1. Proporção (%) de indicadores obtidos.	quinquenal
	16.2. Proporção (%) de metas avaliadas.	quinquenal
	16.3. Evolução da mortalidade por doenças tabaco-associadas no país, por UF, por sexo e faixa etária.	anual

Desenvolvimento do programa

1. Parâmetros para programação

O desenvolvimento do programa depende do fornecimento sistemático e contínuo de informações provenientes dos Ministérios da Fazenda, da Educação e do Trabalho, e do Cadastro de Estabelecimento de Saúde e do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde, bem como de dados demográficos (IBGE).

Os dados necessários são:

a) Ministério de Fazenda

- número de cigarros vendidos por mês;
- arrecadação tributária sobre produtos de tabaco discriminada por tipo de tributo;
- nível de taxaço sobre produtos de tabaco

b) Ministério da Educação

- número de estabelecimentos de ensino de 1.º e 2.º graus por Unidade Federada;
- número de estudantes de 1.º e 2.º graus por Unidade Federada;

- número de professores de 1.º e 2.º graus por Unidade Federada.

c) Ministério do Trabalho

- número de profissionais de saúde registrados nos respectivos conselhos por categoria profissional e por Unidade Federada;
- número de estabelecimentos onde se trabalha com poluentes ocupacionais cuja interação com o tabaco é de risco, por Unidade Federada;
- número de profissionais que trabalham nestes estabelecimentos.

d) Ministério da Saúde

- número de estabelecimentos de saúde por tipo e Unidade Federada;
- estatística de mortalidade por doenças tabaco-associadas.

2. Estratégia de implementação

O programa visa a ordenar a ação governamental e a articular a ação não-governamental de controle do ta-

bagismo por um período de tempo que vai até o ano 2000. Deverão ser cumpridas três etapas, correspondentes a ações de curto, médio e longo prazo, que constituem as fases do programa (Anexo I).

As ações de curto prazo objetivam a desenvolver infra-estrutura, formar quadros e melhorar as condições de coordenação e articulação, ao mesmo tempo em que se buscará estimular a criação e ampliação de programas nos níveis estadual e municipal e junto a organizações não-governamentais, já que é ao nível dos SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde) que o programa certamente poderá provocar impacto na população, sempre com o auxílio e apoio da comunidade e de organizações diversas.

Ações educativas, de comunicação social e atuação nas esferas legislativa e econômica continuarão sendo estimuladas e se aproveitará os eventos e situações em que nossa atuação possa ser potencializada.

As etapas de médio e longo prazos representarão a ampliação e, em alguns casos, a entrada em execução de ações voltadas diretamente para os objetivos epidemiológicos. As prioridades destas etapas e a própria natureza das ações poderão ser redefinidas em função do acompanhamento e avaliação das programações anuais e quinquenais e de alterações de padrões de consumo, de mercado, de produtos ou ambiente sócio-econômico-cultural.

3. Estrutura operacional

O Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) constitui a ação de governo para controle do tabagismo no Brasil e é desenvolvido, cooperativamente, pelas Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária (DNPS) e de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), da Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNPES), do Ministério da Saúde, contando com financiamento da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) e da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), através da co-gestão com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O PNCF é assessorado pelo Grupo Assessor para o controle do Tabagismo no Brasil (GACT).

3.1. Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT).

O GACT foi criado em 16 de setembro de 1985, pela Portaria nº 655/GM, do Ministério da Saúde, com as seguintes funções:

- propor normas e instrumentos legais para o controle do hábito de fumar;
- assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de programa que vise à prevenção das doenças relacionadas ao hábito de fumar;
- acompanhar a implementação e avaliar o Progra-

ma de Controle do Tabagismo a ser elaborado pelo Ministério da Saúde.

3.2. Coordenação do Programa Nacional de Combate ao Fumo.

1. A coordenação do programa é exercida por um coordenador designado pelos superintendentes da CNCT e da CNCC e pelos diretores da DNPS e da DNDCD.

São funções do coordenador:

- elaborar programação, cronograma e orçamento anuais;
- coordenar a execução das ações programadas;
- acompanhar e avaliar a programação em cooperação com o GACT;
- promover a articulação intra e interinstitucional, se necessário, ao bom desempenho do programa;
- atuar com secretário-executivo do GACT.

2. Um grupo deliberativo, composto pelos diretores da DNPS e da DNDCD e pelos superintendentes da CNCT e da CNCC, terá as funções de:

- aprovar a programação elaborada pela coordenação do PNCF;
- autorizar despesas previstas em orçamento-programa anual.

4. Articulação interinstitucional

4.1. Articulação interministerial.

Faz-se necessário articular ações com:

a) Ministério da Educação com vistas à implementação e ao desenvolvimento de ações educativas integradas nos currículos de 1º e 2º graus. Considerando-se a relevância das ações educativas voltadas para crianças e adolescentes entende-se a importância desta articulação.

b) O Ministério da Cultura, uma vez que se pretende uma mudança cultural em relação ao tabagismo, entendido como traço de cultura.

c) O Ministério da Fazenda com vistas à implementação das medidas econômicas propostas.

d) O Ministério do Trabalho, com intensa atuação em ambientes de trabalho e junto aos trabalhadores.

e) O Ministério da Previdência e Assistência Social, em razão da implementação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

f) O Ministério da Agricultura.

g) O Ministério da Indústria e do Comércio.

4.2. Secretarias de Estado

Em função da estratégia básica de implementação do PNCF (item 2), a articulação com as secretarias de saúde e educação é prioritária para alcançar o grau desejado de abrangência e descentralização das atividades de controle de tabagismo no país.

É esperado que, a nível estadual, se implementem

e desenvolvam programas nos moldes do PNCF, que atuem articuladamente com ele, com programas municipais e de organizações não-governamentais, coordenando estas ações nas respectivas unidades federais.

Será estimulada a criação de grupos interinstitucionais e multiprofissionais com este fim. A sua vinculação institucional a uma secretaria de estado (saúde, educação) favorecerá os mecanismos de articulação com o Ministério da Saúde e o repasse de recursos e insu-
mos.

O Programa Nacional de Combate ao Fumo envidará

esforços para apoiar estes grupos através da oferta de financiamento, informação e assessoria e repasse de materiais educativos e de comunicação social bem como de estímulo a pesquisas e estudos realizados.

4.3 Organizações não-governamentais

Serão estimuladas, na medida de seus interesses e de seu envolvimento nas ações de controle de tabagismo, a cooperar articuladamente com os programas estaduais. Serão mobilizadas para o desenvolvimento de ações educativas, de comunicação social e de programas para deixar de fumar.

5. Previsão de investimentos

Anexo 1

REAVLIAÇÃO GERAL DO PROGRAMA

Fases do programa

Objetivos institucionais	Fase I 1988/1990	Fase II 1991/1995	Fase III 1996/2000	2000-2001
1. Desenvolver coordenação				
Compor equipe	●			
Adquirir infra-estrutura	●			
Material	●			
Manutenção de estrutura adequada				●
Definir alocação de recursos	●			
Buscar financiamento				●
2. Estimular a descentralização				
Estimular a criação e o desenvolvimento de programas regionais		●		
Formar recursos humanos				●
Promover a articulação interinstitucional		●		
3. Desenvolver ações de				
Difusão de informação				●
Pesquisa				●
Caráter educativo				●
Caráter legislativo				●
Caráter econômico				●
Comunicação social			●	
Apoio aos programas para deixar de fumar			●	
4. Avaliação				
Interação com programas estaduais e municipais				●
Marcadores epidemiológicos				●

Subprograma de Educação em Cancerologia

Elaboração

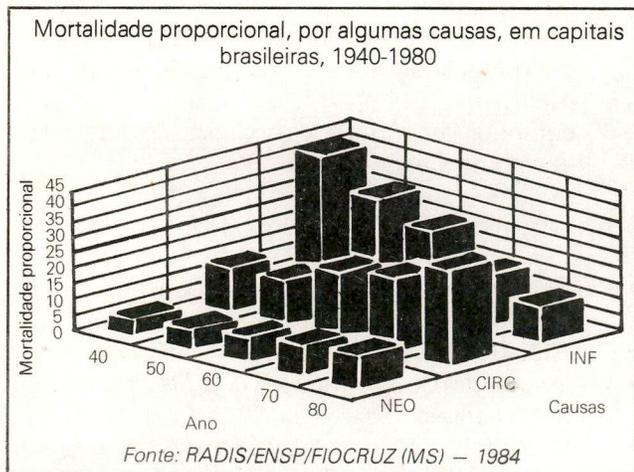
Maria Inez Pordeus Gadelha¹
Ethel Rejane Stambovsky Spichler¹

Coordenação

Hilton Augusto Koch²
Ernani Saltz³
Magda Rodrigues Côrtes Rezende³

1. Introdução

A análise dos dados nosológicos e de mortalidade tem alertado para o problema que representa o câncer no Brasil. A par das transformações ocorridas no âmbito social, tecnológico e industrial, com o aumento da sobrevida média do brasileiro, mudanças de hábitos e de atitudes, e controle de doenças antes prevalentes, observa-se um aumento relativo de mortalidade por câncer no País, conforme demonstra a figura abaixo, a despeito da incorporação de métodos científicos e de tecnologia avançada ao diagnóstico e terapêutica dessa patologia¹.



Estima-se que mais de quinhentos mil novos casos de câncer sejam diagnosticados no Brasil, no período de 1985 a 1990². Considerando que 70% destes casos serão diagnosticados em fase da doença avançada e que 70% dos diagnósticos são feitos por médicos não

cancerologistas, é mister reconhecer que as medidas adotadas para o controle da situação dependem, essencialmente, das ações educativas.

No Brasil há 76 escolas médicas formando cerca de 8.000 médicos por ano. As informações sobre câncer transmitidas no decorrer dos cursos de graduação em Medicina só podem ser analisadas parcialmente com base nos dados atualmente disponíveis³. Elas são referidas nos currículos plenos de 19 escolas e dos 57 currículos restantes, nada se podendo concluir sobre o estudo dos tumores como parte do programa de outras disciplinas (Quadro 1). Nos 19 currículos que incluem a matéria observa-se grande variação na distribuição, na carga horária e na denominação da disciplina. Esta é alocada desde o 4.º até o 10.º período letivo e como estágio na fase de internato, possui carga horária que varia de 15 a 120 horas e a sua denominação não é uniforme, englobando designações como Fundamentos de Oncologia, Cancerologia, Radioterapia, Quimioterapia Oncológica, Radioterapia Oncológica, Oncologia Clínica e Onco-hematologia, sendo que Oncologia é a predominante, citada no currículo pleno de nove escolas.

A situação atual do ensino da Cancerologia nos cursos de graduação em Enfermagem também so pode

Quadro 1 — Ensino da cancerologia nos cursos de graduação em medicina.

Obrigatório	12
Opcional	7
Inexistente	57
Total	76

Fonte: ABEM — 1986

¹Subprograma de Educação em Cancerologia — Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

²Coordenador da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

³Gerente do PRO-ONCO — Programa de Oncologia — Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

Agradecimentos à Professora Sílvia Regina Brandalise pela colaboração.

ser avaliada parcialmente. Embora variando em conteúdo programático, carga horária e relação entre as atividades práticas e teóricas, as escolas que incluem a educação em câncer nos seus currículos caracterizam-se, em sua maioria, por optarem pelo ensino multidisciplinar de patologias específicas. É questionável a integração efetiva das disciplinas que programam a matéria e pouca ênfase é dada à prevenção e controle do câncer. No Brasil existem 95 escolas de Enfermagem. Em questionário recente⁴, de 70 escolas que responderam, 61 incluem o ensino da Cancerologia em seus currículos (Quadro 2). Duas escolas incluem o ensino em uma disciplina, trinta e duas em uma unidade de disciplina e vinte e sete em diferentes disciplinas.

Não se dispõe de dados suficientes sobre o ensino de Cancerologia nos cursos de graduação em Odontologia. No levantamento efetuado pela comissão organizadora do 1.º Simpósio Brasileiro sobre Educação em Cancerologia⁵, das 78 escolas existentes, 23 responderam ao questionário enviado sendo que 91% destas incluem o ensino da matéria (Quadro 3).

Quadro 2 — Ensino da cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem.

Total de escolas	95
Currículos identificados	70
Ensinam cancerologia	61

Fonte: Rodrigues e Queiroz — 1987

Quadro 3 — Ensino da cancerologia nos cursos de graduação em odontologia.

Total de escolas	78
Currículos identificados	23
Ensinam cancerologia	?

Fonte: 1.º Simpósio Bras. sobre Educação em Cancerologia — 1987

Na área médica os Cursos de Especialização identificados são oferecidos por três Universidades do Rio de Janeiro (Universidade Federal Fluminense, Pontifícia Universidade Católica e UNI-RIO) e a Universidade Federal do Ceará⁶. O título de Especialista é fornecido pela Sociedade Brasileira de Cancerologia da Associação Médica Brasileira⁶.

Em todo o País existem oito hospitais que oferecem a Residência Médica na área de Cancerologia sendo que apenas um deles é universitário. Sete dessas residências encontram-se nas regiões Sudeste e Sul. A única Residência em Enfermagem Oncológica, no Brasil, é oferecida pelo Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro⁶.

Não há dados relativos à educação em câncer na área odontológica, em nível de pós-graduação, salvo a Re-

sidência oferecida pelo Hospital A.C. Camargo em São Paulo.

Três sociedades científicas nacionais desenvolvem programas de educação em câncer: a Sociedade Brasileira de Cancerologia, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e a Sociedade de Oncologia Pediátrica⁶.

O Subprograma de Educação em Cancerologia foi criado em fevereiro de 1987, com o objetivo de oferecer as bases educacionais para as ações de prevenção e controle do câncer, desenvolvidas pelo Programa de Oncologia da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

As ações educativas desenvolvem-se em níveis de graduação, da pós-graduação, da educação profissional e da educação comunitária e são resumidas a seguir.

2. Atividades desenvolvidas na área da graduação em ciências da saúde

Os objetivos gerais das ações desenvolvidas na área da graduação em Ciências da Saúde são:

- levar os profissionais de saúde a discutir o câncer como um problema de saúde pública;
- levantar a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer na redução da morbidade e da mortalidade;
- desenvolver no futuro profissional de saúde as atitudes necessárias ao desempenho profissional na assistência integral ao paciente oncológico;
- orientar o futuro profissional para a seleção de condutas adequadas de diagnóstico e de tratamento; e
- contribuir para uma nova organização didática do ensino da Cancerologia.

Os objetivos específicos são:

- Sensibilização para o ensino da Cancerologia nas escolas de Ciências da Saúde.
- Atualização curricular.
- Veiculação de informações complementares sobre o câncer.
- Integração das áreas de saúde relacionadas com o câncer (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, etc...)
- Iniciação de uma nova mentalidade universitária e profissional para o câncer, derrubando o preconceito e as idéias derrotistas atuais.
- Estímulo à utilização de registros de dados como fator dinâmico de avaliação e planejamento de programas de saúde.

As estratégias para a viabilização do programa, em nível de graduação, são:

a) *Propostas para o ensino da cancerologia nos cursos de graduação*

Já encaminhados ao Ministério da Educação os documentos Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em Medicina (anexo 1) e Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em Enfermagem (anexo 2).

Prevê-se a atuação na área odontológica, partindo-se do levantamento da situação do ensino da Cancerologia nesta área.

b) *Cursos de oncologia*

O programa dá seguimento aos cursos de extensão universitária promovidos, desde 1986, pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer e Sociedade Brasileira de Cancerologia (anexo 3).

Com o objetivo de maior mobilização para o ensino da Cancerologia, os cursos tiveram sua clientela e seu programa atualizados e incorporaram a subscrição das Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e de Oncologia Pediátrica e da Sociedade da Enfermagem Oncológica de São Paulo.

c) *Recursos didáticos auxiliares*

Encontra-se em fase final de elaboração o material de instrução que dará apoio à proposta de ensino integrado da Cancerologia nos cursos de graduação em Medicina. Esse material consiste de um livro de texto, que discute o problema do câncer no Brasil, as ações de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de reabilitação (com base em estudo de casos) e a política nacional para o controle do câncer no País.

Acompanha esse livro material audiovisual, cuja finalidade é alertar para o problema do câncer no Brasil (dois vídeo-tapes) e promover as competências gerais de um médico frente ao controle do câncer do colo uterino e do câncer da mama (dois conjuntos de diapositivos-som).

A elaboração desse material conta com a participação de professores e profissionais de trinta e sete instituições de ensino e de serviços, originários de quinze Estados da Federação e com a assessoria pedagógica do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Encontra-se em estudos a produção de material semelhante para as áreas de Enfermagem e Odontologia.

3. Atividades previstas na área da pós-graduação

Com o objetivo de otimizar e expandir a formação de docentes serão instituídos grupos de trabalho para levantamento da situação, identificação de prioridades

e definição de estratégias nas áreas médica, odontológica e de enfermagem.

4. Educação profissional

As atividades desta área são desenvolvidas pelos Subprogramas de Expansão da Prevenção e Controle dos Cânceres da Boca e do Colo Uterino. Consistem em palestras de motivação para ginecologistas e odontólogos, produção de material de orientação, manuais de normas e técnicas e cursos de reconhecimento e controle de lesões pré-malignas.

O Subprograma de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino inclui, além, a formação de citotécnicos como ação educativa prioritária.

Na área de enfermagem encontra-se em fase de elaboração o Manual de Quimioterapia.

Em fase de estudos, encontra-se a elaboração de Manuais de Condutas, a serem elaborados por cancerologistas de todo o País, sob a coordenação do Instituto Nacional de Câncer.

5. Educação comunitária

Para mobilização, conscientização e participação da comunidade nas ações de prevenção e controle do câncer as estratégias visam a:

- orientar sobre a prevenção do câncer de boca e do colo uretino;
- orientar sobre a utilização dos serviços de assistência primária à saúde; e
- promover a saúde através de campanha continuada de combate ao tabagismo.

Para o alcance dos dois primeiros objetivos encontram-se em fase de elaboração cartilhas e cartazes de orientação, a serem distribuídos a partir da rede básica de serviços, e vídeo-tapes de alerta e orientação, a serem veiculados na rede televisiva. A educação comunitária será desenvolvida conforme as diretrizes dos subprogramas da expansão e controle do câncer da boca e cérvico-uterino.

O Programa de Controle ao Tabagismo desenvolve ações variadas visando à proteção da criança, da mulher e do fumante passivo, utilizando-se de cartazes, folhetos, cursos, palestras, revistas de quadrinhos, discos, concursos, etc...

6. Avaliação do programa

O Subprograma de Educação em Cancerologia tem critérios de avaliação a curto, médio e longo prazos, devendo estes critérios ser definidos em termos de:

- Efetividade — resultados reais observados, avaliáveis através das:

- modificações ocorridas nos currículos das escolas comparativamente à situação atual;
 - melhoria do padrão médico-assistencial, nos vários níveis;
 - graus de mobilização e participação comunitárias como respostas às ações educativas;
 - redução de morbi-mortalidade por câncer no Brasil.
- b) Eficiência — a aplicação dos critérios para avaliação dos resultados obtidos definirá se os resultados se situam aquém ou além do esperado, norteando as ações conseqüentemente necessárias para a continuidade do Programa.
- c) Adequação — as ações conseqüentes à avaliação

- da eficiência serão definidas de acordo com os ajustes e adaptações que se identifiquem para que os objetivos do Programa sejam alcançados.
- d) Qualidade — da análise global dos critérios de avaliação quanto à efetividade, eficiência e adequação do programa dever-se-á concluir sobre a validade do mesmo, total ou parcialmente.

7. Cronograma de atividades

As atividades serão desenvolvidas conforme mostradas no anexo 4. Certamente que o processo de avaliação, na dependência dos resultados da avaliação for-

Cronograma de atividades

Atividade	1989	1990	1991	1992	1993
1. Implantação do material de instrução nos cursos de graduação em Medicina					
• região norte					
• região nordeste					
• região sudeste					
• região sul					
• região centro-oeste					
2. Acompanhamento e avaliação do impacto do material de instrução implantada na área médica					
• região norte					
• região nordeste					
• região sudeste					
• região sul					
• região centro-oeste					
3. Material de instrução para os Cursos de Graduação em Enfermagem					
• Elaboração					
• Implantação					
• Avaliação					
4. Levantamento da situação do ensino da Cancerologia nos cursos de graduação em Odontologia					
5. Elaboração da proposta para o ensino da Cancerologia nos cursos de graduação em Odontologia					
6. Material de instrução para os cursos de graduação em Odontologia:					
• Elaboração					
• Implantação					
• Avaliação					
7. Cursos de Oncologia para estudantes dos cursos de graduação em Ciências de Saúde					
8. Manual de Quimioterapia para enfermeiros					
• Elaboração					
• Divulgação					
• Avaliação e atualização					
9. Elaboração, divulgação e avaliação dos manuais de condutas de diagnóstico e tratamento do câncer, sob a coordenação do Instituto Nacional de Câncer					

mativa, poderá indicar a necessidade de ajustar o cronograma.

8. Previsão de investimentos

8.1. Atividades na área de graduação em medicina

Os gastos previstos referem-se ao financiamento dos meios de locomoção, hospedagem e diárias dos coordenadores da implantação do material de instrução nas escolas, que se reunirão regionalmente com as equipes técnicas do PRO-ONCO e NUTES, nas fases de discussão e avaliação. São previstos, também, gastos com os serviços gráficos, fotográficos e videográficos para a execução das cópias dos materiais de instrução e de avaliação.

8.2. Atividades na área de graduação em enfermagem

São previstos gastos com passagem, hospedagem e diárias de professores e profissionais, que se reunirão em quatro seminários. Também deve-se considerar os custos com datilografia, fotocopiagem e postagem das versões sucessivas do material elaborado em cada seminário.

Elaborada a versão final do material definir-se-ão os custos com editoração, fotolitos e serviços gráficos, fotográficos e videográficos (produção e copiagem).

Como na área médica, considerar os gastos para a implantação e avaliação.

8.3. Atividades na área de graduação em odontologia

Deve-se prever os custos de todas as fases do cronograma à semelhança das atividades previstas na área da enfermagem, acrescidos os gastos com o levantamento da situação do ensino e a elaboração da proposta a ser encaminhada ao Ministério da Educação.

8.4. Outras atividades

Os custos com os Cursos de Oncologia para estudantes referem-se ao financiamento de passagens e hospedagens para os conferencistas não-locais, confecção de cartazes, certificados e fólios, copiagem de fichas de inscrição e avaliação e serviços de postagem.

Custos com passagens, hospedagens, diárias, seminários e serviços gráficos e postais são previstos para o desenvolvimento da elaboração, divulgação e avaliação dos manuais para Enfermeiros e Conduas.

Referências Bibliográficas

1. Brasil — Ministério da Saúde, SNPES/DNDCCD. Controle das Doenças Não-Transmissíveis no Brasil. Brasília, 1986; p.7.
2. Campanha Nacional de Combate ao Câncer e Sociedade Brasileira de Cancerologia — Ensino da Cancerologia no Curso de Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Cancerologia, 31 (2): 1985, 174-176.
3. Associação Brasileira de Educação Médica — Currículos Plenos dos Cursos de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro, 1986.
4. Rodrigues C, Queiroz I — A Situação Atual do Ensino da Enfermagem Oncológica nos Cursos de Graduação em Enfermagem do País. São Paulo, 1987; 10 p (mimeo).
5. Brasil — Ministério da Saúde, SNPES/DNDCCD — Anais do I Simpósio Brasileiro sobre Educação em Cancerologia, realizado em Brasília-DF, de 16 a 18 de setembro de 1987.
6. Campanha Nacional de Combate ao Câncer — Arquivos, 1985, 1986 e 1987.

ANEXO I

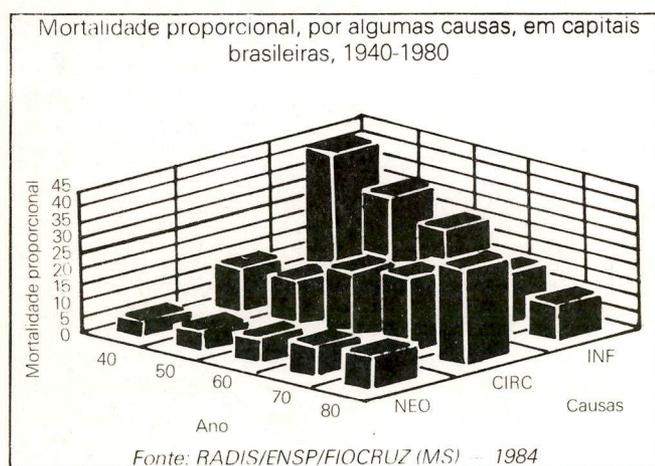
ENSINO DA CANCEROLOGIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

SUMÁRIO

1. FUNDAMENTOS
2. ENSINO DA CANCEROLOGIA NAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS
3. PREPARAÇÃO GERAL DO MÉDICO EM CANCEROLOGIA
 - 3.1. Competências
 - 3.2. Conteúdo programático
 - 3.3. Distribuição curricular
 - 3.4. Métodos de ensino
 - 3.5. Avaliação do rendimento acadêmico e do programa educativo
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundamentos

A análise de dados nosológicos e de mortalidade tem alertado para o problema que representa o câncer no Brasil. A par das transformações ocorridas no âmbito social, tecnológico e industrial, com aumento da sobrevida média do brasileiro, mudanças de hábitos e atitudes e controle de doenças antes prevalentes, observa-se um aumento relativo da mortalidade por câncer no País, conforme demonstra a figura abaixo. Caso não sejam tomadas providências efetivas para a prevenção e controle das neoplasias malignas, o perfil de mortalidade por câncer não será modificado.



A incorporação de métodos científicos e de tecnologia avançada ao diagnóstico e terapêutica do câncer em nada modificou o coeficiente de mortalidade por esta patologia nos últimos 40 anos¹. Experiências de países desenvolvidos têm demonstrado que o controle do câncer pode ser obtido através de medidas de promoção da saúde, de prevenção e/ou de diagnóstico precoce, obtendo-se, neste último caso, alto grau de resolubilidade dos recursos terapêuticos.

Já se encontram bem definidas medidas para o controle dos fatores de risco e das lesões pré-malignas de tumores prevalentes no País e, no entanto, são elas inadequadamente utilizadas. Métodos de execução simples e pouco onerosos podem ser suficientes para o diagnóstico precoce de determinadas neoplasias, cuja lesão inicial é passível de controle pela cirurgia e/ou radioterapia. Entretanto, os recursos atualmente disponíveis para o diagnóstico e terapêutica do câncer são utilizados, em grande parte, na doença em fase incurável, visando a sobrevida maior com melhor qualidade, benefício muitas vezes questionável, pela agressividade e custos dos procedimentos.

Estima-se que mais de 500.000 novos casos de câncer sejam diagnosticados no Brasil, no período de 1985 a 1990 e, considerando que o padrão atual de diagnóstico seja mantido, 350.000 destes casos serão tratados

não com o objetivo da cura, mas da palição², visto o grande número de casos avançados e sem chances terapêuticas que chegam aos centros de referência para tratamento especializado. Esta realidade expressa a ineficiência dos programas de controle do câncer no Brasil, pois as populações de risco não recebem os cuidados de prevenção e do diagnóstico precoce. Isto ocorre, em parte, porque médicos desconhecem que a maioria dos tumores malignos que incidem na população pode ser previsível, prevenida ou potencialmente curável e desconhecem, também, a relação benefício/custo da terapêutica oncológica aplicada nos casos iniciais e avançados.

Pesquisas efetuadas demonstram que os profissionais da saúde e alunos manifestam opiniões sobre o câncer que não são muito diferentes das expressas pelo público leigo, principalmente quanto à incurabilidade e indicação de terapêutica agressiva^{3,4,5}. As opiniões colhidas dos estudantes podem se modificar, quando o contato com pacientes em ambulatório é iniciado nos primeiros anos do curso médico. Atitudes positivas são menos observadas nos estudantes que não frequentam os cursos de Cancerologia o que é explicável pela ausência de contato com os "modelos de identificação".

Investir na educação em Cancerologia é estratégia fundamental para o controle do câncer. Compete às escolas médicas desenvolver mecanismos que superem os obstáculos ao ensino desta especialidade, procurando alcançar os objetivos de:

- 1) apresentar o câncer como um problema de saúde pública;
- 2) alertar para a necessidade da prevenção e diagnóstico precoce e
- 3) criar no futuro médico as atitudes necessárias ao bom desempenho profissional na assistência ao paciente oncológico.

2. Ensino da cancerologia nas escolas médicas brasileiras

Desde os anos trinta que o ensino da Cancerologia no Brasil é alvo da preocupação de profissionais ligados a esta área. Muitos foram os que desenvolveram esforços no sentido de melhor preparar os médicos para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer, como estratégia fundamental para se conseguir o controle da doença no País. Apesar de continuados durante décadas, esses esforços não conseguiram melhorar efetivamente o padrão médico da assistência, como atestam os dados de mortalidade por câncer referidos anteriormente.

Em 1976, reuniram-se em São Paulo, para a I Conferência Internacional sobre o Ensino da Oncologia nas Escolas Médicas da América Latina, representantes de várias instituições nacionais e internacionais ligadas à

atividade assistencial e ao ensino médico, objetivando estabelecer diretrizes para o ensino da Cancerologia, respeitadas as particularidades dos programas educacionais de cada País. Nesta ocasião 86,8% de 23 escolas médicas brasileiras que participaram da Conferência manifestaram-se favoravelmente ao ensino da Cancerologia na graduação, sendo que 78,8% (18/23) defenderam a criação de uma disciplina específica e 8,6% (2/23) entendiam que um enfoque multidisciplinar seria a melhor estratégia para o ensino neste nível. A Conferência recomendou, entre outros pontos, a definição de um programa mínimo que capacitasse o futuro médico para o exercício adequado da Cancerologia através do ensino obrigatório, organizado, centralizado e adaptado às características das instituições educacionais e ao perfil epidemiológico regional⁶.

Somente em 1985 o tema voltou a ser discutido em nível nacional. A Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Cancerologia e a Campanha Nacional de Combate ao Câncer se empenharam na reavaliação do ensino da Cancerologia no Brasil, verificando que pouca modificação ocorreria, comparativamente ao levantamento efetuado por ocasião da Conferência referida. Foram consultadas as 76 escolas médicas do País obtendo-se respostas de 42 delas. Falta de sistematização do ensino, informações conflitantes, conteúdo programático incompleto, treinamento inadequado e integração disciplinar insuficiente continuavam a ser os problemas freqüentes nas 42 escolas que se incluíram na reavaliação. Ressalte-se que 58,5% das respostas favoreceram o ensino da Cancerologia de forma multidisciplinar, revelando-se tendência contrária a que fora manifestada 9 anos antes².

Neste mesmo ano a Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Cancerologia e a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, com o assessoramento da Associação Brasileira de Educação Médica, divulgaram diretrizes para o ensino da Cancerologia na graduação em Medicina, com atividades distribuídas nos ciclos básico e clínico e no internato².

Conforme essas diretrizes, não se deve criar uma disciplina específica, mas que o conteúdo programático faça parte do programa de disciplinas como Patologia Geral ou Mecanismos Básicos da Saúde e Doença, para o ciclo básico, e, no clínico, tenha abordagem multidisciplinar a cargo de um Comitê de Tumores, formado por representantes das disciplinas ou departamentos envolvidos, com prerrogativas de coordenação do ensino, da pesquisa e da assistência. Quanto ao internato o treinamento deve ser de caráter opcional, com atividades selecionadas e de curta duração, em Hospitais de Ensino ou em Instituições Especializadas.

Apesar das iniciativas descritas o ensino da Cancerologia continua inadaptado à realidade epidemiológica do Brasil. Quando incluídos nos currículos das esco-

las médicas é apresentado como disciplina isolada, sem integração com as demais áreas do conhecimento médico.

As informações sobre câncer transmitidas no decorrer dos cursos de graduação em Medicina só podem ser analisadas parcialmente, com base nos dados atualmente disponíveis⁷. Elas são referidas nos currículos plenos de 19 das 76 escolas médicas e, dos 57 currículos restantes, nada se pode concluir sobre o estudo dos tumores como parte do programa de outras disciplinas.

Nos 19 currículos que incluem a matéria observa-se grande variação na distribuição, na carga horária e na denominação da disciplina. Esta é alocada desde o 4.º até o 10.º período letivo e como estágio na fase do internato, possui carga horária que varia de 15 a 120 horas e sua denominação não é uniforme, englobando designações como Fundamentos de Oncologia, Cancerologia, Radioterapia, Quimioterapia Oncológica, Radioterapia Oncológica, Oncologia Clínica e Onco-hematologia, sendo que Oncologia é a predominante, citada no currículo pleno de nove escolas.

Vale discutir a multiplicidade de nomenclaturas para referência à matéria, obedecendo à prática médica, que se faz pelo concurso de subespecialidades. Etimologicamente, oncologia refere-se a tumor, sem especificação do caráter benigno, maligno, ou metastático do mesmo. Cancerologia é termo relativo ao estudo dos tumores malignos possuindo o sentido implícito da sua capacidade de disseminação. Como o câncer tem indicação de tratamento multidisciplinar a Cancerologia torna-se, por isto, a especialidade que engloba a Cirurgia Oncológica, a Radioterapia e a Oncologia Clínica como subespecialidades. No Brasil verifica-se o uso formalizado do termo oncologia para expressar o estudo referente à abordagem clínica do câncer. Porém, já se consideram Oncologia e Cancerologia sinônimos nos modernos dicionários da língua portuguesa.

Apontam-se como os principais empecilhos ao ensino da Cancerologia nas escolas médicas^{2,3,6,8}:

- a) inadequação dos programas no que respeita à prevenção, epidemiologia e saúde comunitária;
- b) maior preocupação com a abrangência e não com a aplicação do conhecimento;
- c) dificuldade em dispor o ensino da Cancerologia no currículo, dado o caráter multidisciplinar do seu conteúdo programático;
- d) organização administrativa da escola que não permite a integração disciplinar;
- e) falta de articulação do ensino com o serviço, pois os Hospitais de Ensino não costumam manter serviço especializado e nem se associar a instituições de referência para o câncer; e
- f) despreparo dos professores para o ensino da matéria.

3. Preparação geral do médico em cancerologia

Como parte integrante de um programa nacional de expansão da prevenção e controle do câncer, cujo objetivo principal é reduzir a morbidade e mortalidade por esta patologia, a educação médica ao nível da graduação deve participar com uma melhor formação geral do médico, uma vez que mais de 70% dos primeiros atendimentos ao paciente oncológico são exercidos por médicos não cancerologistas. Para tanto é necessário dotar o futuro médico dos conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis à prática da Cancerologia e orientá-lo para encaminhar o paciente ao centro especializado regional, quando alcançado o limite de sua competência.

Desde o início dos anos setenta a educação médica ao nível da graduação vem sofrendo revisão crítica, em termos de currículos, estratégias educacionais, qualificação do produto final do ensino médico, articulação do ensino com o serviço, ressaltando-se a necessidade de se avaliar o desempenho dos formandos, dos professores e da escola.

A educação médica evolui no sentido de melhor qualificar a relação ensino-aprendizado através do binômio competências — desempenho. E as competências que um médico deve possuir ao término do curso são definidas a partir de perfis epidemiológicas que, por sua vez, orientarão as necessidades ocupacionais dos médicos gerais e especialistas nos vários níveis de assistência⁹.

É com esse pensamento que a Comissão de Especialistas do Ensino Médico do Ministério da Educação e a Associação Brasileira de Educação Médica têm procurado delinear a educação médica, em consonância com as necessidades do País e com os preceitos da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde^{9,10}.

Os estudiosos preocupam-se com duas indagações fundamentais: que tipo de médico deve ser formado e que tipo de médico as escolas podem formar? É recomendado que o ensino médico seja voltado para as necessidades e realidade regionais podendo-se, assim, considerar a alternativa de se produzir vários perfis de profissionais.

Na formação geral do médico a escola deve assegurar um produto final competente em Clínica Médica, Tocoginecologia, Pediatria e pequena cirurgia e imbuído de mentalidade preventiva. Esta proposta não é definitiva e vem sofrendo revisões, inclusive com reforços em Psiquiatria e Medicina Social.

Se o câncer já representa a terceira causa isolada de morte no Brasil e a segunda em alguns Estados, é imperativo reconhecer-se que o ensino da Cancerologia deve ser incluído na preparação geral do médico. Capacitar o futuro médico para a abordagem adequada

do adulto, da mulher e da criança, na área oncológica, e proporcionar bases educacionais para o planejamento e implantação de programas de prevenção e controle de neoplasias malignas prevalentes são os objetivos finais que a educação em câncer deve atingir ao término do curso de graduação em Medicina.

O presente trabalho visa a programar o ensino da Cancerologia nas escolas médicas brasileiras numa proposta que se julga consonante com as diretrizes atuais para a educação médica. Também leva em consideração as recomendações do I Simpósio Brasileiro sobre Educação em Cancerologia, que incluem o ensino obrigatório e multidisciplinar da matéria¹¹.

As estratégias educacionais são estabelecidas quanto à definição de competências, seleção do conteúdo programático e respectiva distribuição curricular, métodos de ensino e avaliação do rendimento acadêmico e do programa educativo.

3.1. Competências

São habilidades e atitudes exigidas de um *médico geral ou especialista*, com relação ao câncer:

- Identificação de situações e grupos de risco.
- Adoção de medidas preventivas.
- Identificação dos pacientes que requeiram avaliação diagnóstica de lesões pré-malignas e neoplásicas.
- Utilização adequada dos meios complementares de diagnóstico do câncer.
- Indicação de procedimentos de diagnóstico e de estadiamento dos tumores mais frequentes no Brasil.
- Discernimento das indicações de terapêuticas multidisciplinares.
- Capacidade de prognosticar.
- Seguimento de pacientes com ou sem doença em atividade, previamente tratados ou não.
- Avaliação da relação benefício/custo do diagnóstico e da terapêutica dos casos iniciais e avançados.
- Capacidade de comunicação para redigir relatórios médicos e expor situações e opções aos pacientes, familiares e à comunidade.
- Envergadura psicológica para o contato com o paciente e a morte.
- Atitudes positivas que expressem o valor das medidas preventivas, que combatam a descrença na cura da doença e que desestimulem hábitos e vícios identificados como fatores de risco.

3.2. Conteúdo programático

Vários modelos de conteúdo programático podem ser elaborados. No presente trabalho propõe-se a divisão em quatro nódulos didáticos:

- Biologia e epidemiologia do câncer
 - Morfologia e nomenclatura das alterações celulares tumorais e não tumorais. Neoplasias benignas e malignas. Graus de diferenciação tumoral.

- Características biológicas e bioquímicas da célula tumoral. Cinética tumoral.
- Relação tumor-hospedeiro. Carcinoma in situ, micro-invasão, invasão e metástases. Mecanismos de disseminação.
- Etiologia e epidemiologia do câncer. Carcinogênese física, química e biológica. Câncer e meio ambiente.
- Programas de prevenção e controle do câncer em vigência no Brasil. Centros regionais de referência.
- Bases da oncologia médica
 - Sistemas de Estadiamento
 - Princípios da Oncologia Clínica
 - Princípios da Cirurgia Oncológica
 - Princípios da Radioterapia
 - Princípios da Quimioterapia Antineoplásica
 - Hormonioterapia do Câncer
 - Imunologia Tumoral e Imunoterapia do Câncer
 - Diagnóstico e Tratamento das Complicações Associadas ao Câncer. Síndromes Paraneoplásicas
 - Reabilitação Física e Psicossocial do Paciente Oncológico
 - O Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais
 - O Paciente Terminal
 - Investigação de Metástases de Origem Desconhecida
- Estudo clínico das neoplasias malignas prevalentes no adulto*
Etiologia, fatores de risco, epidemiologia, meios de prevenção e detecção, comportamento biológico, quadro clínico, diagnóstico, estadiamento, modalidades terapêuticas e fatores prognósticos dos tumores de pele, colo uterino, mama, estômago, boca, cólons e reto, próstata, tireóide, esôfago, de origem hemolinfopoética, laringe, bexiga, brônquios e pulmões, corpo uterino, ovários e pênis.
- Estudo clínico das neoplasias malignas prevalentes na infância e adolescência
Etiologia, fatores de risco, epidemiologia, quadro clínico, história natural, diagnóstico, estadiamento, princípios terapêuticos, efeitos tardios do tratamento, e prognóstico de leucemias, linfomas, Tumor de Wilms, neuroblastoma, rabiomiossarcoma, tumores ósseos, retinoblastoma e dos tumores do sistema nervoso central.

3.3. Distribuição curricular

O conteúdo programático deve servir de base para a orientação do treinamento e não apenas como fonte de tópicos para aulas expositivas.

* Faz-se necessário adaptar o conteúdo programático ao perfil epidemiológico regional

Em nível curricular as atividades de treinamento e os conhecimentos básicos sobre a biologia e epidemiologia do câncer devem se inserir nos programas do ensino dos Mecanismos Básicos da Saúde e Doença, da Patologia Geral e da Saúde Pública.

As atividades relacionadas com o diagnóstico diferencial das neoplasias malignas, os exames complementares e suas finalidades de diagnóstico e estadiamento e as complicações do câncer são compatíveis com o ensino da Medicina Interna ou Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Tocoginecologia e Pediatria. A disposição do estudo dos tumores por estas áreas obedecerá à distribuição topográfica e por faixa etária da lesão primária e sempre deverá incluir todos os aspectos relacionados no conteúdo programático, desde os epidemiológicos aos terapêuticos e prognósticos.

Certamente que, por sua natureza multidisciplinar, o ensino da Cancerologia necessita de um mecanismo integrador e assessor que pode ser uma Comissão de Oncologia ou Comitê de Tumores, como referido anteriormente. Esta Comissão pode ser composta de docentes e profissionais das áreas de Patologia Geral, Epidemiologia e Saúde Pública, Pediatria, Tocoginecologia, Cirurgia Geral e Medicina Interna, cabendo-lhe a coordenação do ensino da Cancerologia de forma ordenada, harmônica e sem hiatos, repetições nem conflitos de informações entre as várias áreas. Nesta Comissão, devem-se incluir todos os Cancerologistas integrantes do corpo docente da escola que serão responsáveis pelo ensino das Bases da Oncologia Médica. Estas, por sua vez, podem ser dispostas no programa de Medicina Interna.

A referida Comissão, além de coordenar o ensino, deve atuar nas áreas da assistência médica e da pesquisa.

Ao internato caberá complementar a educação dos alunos desejosos de conhecimentos e habilidades mais específicas quanto à terapêutica e reabilitação. Estes poderão ser adquiridos, de forma opcional, em serviços especializados, comprometidos com a escola médica, dos quais esta exigirá qualidade do padrão educativo e assistencial.

3.4. Métodos de ensino

O ensino da Cancerologia integrada às demais áreas do conhecimento médico é imprescindível, visto a natureza multidisciplinar da especialidade, tanto em termos dos conhecimentos básicos como da prática médica. Ademais é inadmissível que este ensino seja da responsabilidade de um único docente, numa disciplina isolada, pois isso resulta em simples transmissão de informações fragmentadas. Assinale-se, ainda, a necessidade de focar o câncer como um problema de saúde pública e de promover a atividade prática do estudante no decorrer do curso.

A qualificação geral do médico em Cancerologia representa um importante pré-requisito para que as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer tornem-se viáveis e para que a terapêutica seja aplicada aos casos iniciais. O envolvimento de serviços especializados e docentes capacitados influi consideravelmente na qualidade do ensino e da aprendizagem e no desempenho do futuro médico. Assim, para o ensino da Cancerologia efetuar-se de forma adequada e efetiva, é necessário, em resumo: atividade didática interdisciplinar, articulação da escola médica com os serviços e educação continuada de professores e do pessoal dos serviços.

Da concorrência destes três aspectos pode resultar um ensino aliado à prática e adequado ao perfil epidemiológico regional. Ensinar o conhecimento médico praticando-se o ato médico tem, na Cancerologia, excelente modelo, que pode ser aplicado e realizável em todos os níveis da assistência, desde as unidades periféricas (prevenção e detecção) até os serviços especializados (tratamento, reabilitação e pesquisa) e, de permeio, os níveis que executam apenas o diagnóstico e referem os pacientes aos centros especializados, realidade encontrada na grande maioria dos hospitais de ensino do Brasil.

O treinamento em serviço deve constituir o método educativo de escolha. A ênfase deve ser dada ao câncer como um problema de saúde pública e aos meios pelos quais a prevenção e o diagnóstico precoce podem ser obtidos. Assim, a rede básica de serviços deve ser o local de treinamento preferencial, na qual sejam desenvolvidos programas de prevenção e detecção do câncer que utilizem os estudantes como agentes operacionais, sob a devida supervisão docente.

Dever-se-á manter a observância de carga horária maior dedicada às atividades práticas, que serão complementadas pelas informações dispostas no Conteúdo Programático.

O treinamento em Centros de Saúde deve incluir a pesquisa de dados clínico-epidemiológicos e a participação na implantação e avaliação dos programas de controle do câncer. As etapas de diagnóstico, estadiamento e terapêutica e o seguimento ambulatorial de pacientes devem ser desenvolvidos em centros oncológicos (hospitais especializados ou serviços de oncologia de hospitais gerais), com os quais os Centros de Saúde se integrem no sistema de referência e contra-referência.

Insiste-se que o treinamento em serviço deve ter como base a vivência e análise de situações reais que releve a importância da prevenção e do diagnóstico precoce para o controle do câncer e que ressaltem a limitação da terapêutica dos casos avançados e os fatores prognósticos conforme a época do diagnóstico e o tratamento efetuado.

3.5. Avaliação do rendimento acadêmico e do programa educativo

A avaliação do rendimento acadêmico, seja dos conhecimentos básicos adquiridos, seja do desempenho em serviço, compete às áreas pelas quais se distribuiu o ensino da Cancerologia, não devendo se restringir aos procedimentos tradicionais de avaliação. As condições e os níveis de desempenho devem ser rigorosamente avaliados.

Métodos criteriosos devem ser desenvolvidos também para a avaliação do programa e recomenda-se a utilização de parâmetros qualitativos e quantitativos.

Os dados obtidos devem ser utilizados como indicadores da qualidade dos parâmetros avaliados, apontando ou não a necessidade de intervenção nas estratégias educacionais aplicadas.

Referências Bibliográficas

1. Brasil — Ministério da Saúde, SNPES/DND/CD. Controle das Doenças Não Transmissíveis no Brasil, Brasília, 1986; p. 7.
2. Campanha Nacional de Combate ao Câncer e Sociedade Brasileira de Cancerologia. Ensino da Cancerologia no Curso de Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Cancerologia, 1985; 31 (2): 174-176.
3. World Health Organization. Undergraduate Education in Cancer in the European Region — Report on UICC/WHO Meeting, Geneve, 6-8 April, 1981. EURO Reports and Studies 49. Copenhagen, World Health Organization, 1981; pp 3-7.
4. MADDEN RE, DORNBUSH RL — Attitudes of Medical Students and Faculty Toward Cancer. Journal of Cancer Education, 1986;
5. LBOVITS AH, CROEN LG, GOETZEL RZ — Attitudes Toward Cancer. Cancer, 1984; 54 (6): 1124-1129.
6. ESTÉVEZ RA, GOES JS e ALVAREZ CA — Manual para el Control del Cáncer en América latina. 14: Enseñanza de la oncología en las escuelas médicas de América latina. Buenos Aires. Editora Médica Panamericana, 1978; pp 202-208.
7. Associação Brasileira de Educação Médica. Currículos Plenos dos Cursos de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro, 1986.
8. SHIBATA HR — Undergraduate Teaching of Oncology in Canadian Medical Schools. Journal of Cancer Education, 1986; 1 (3): 205-206.
9. Associação Brasileira de Educação Médica; Comissão do Ensino Médico do MEC — Preparação do Médico Geral — Reexame e Perspectivas. Rio de Janeiro, 1986; 45 p (mimeo).
10. Brasil — Ministério da Educação/Secretaria da Educação Superior/CEEM. Ensino Médico — Bases e Diretrizes para sua Reformulação. Documento nº 6; Brasília, 1986; 16 p (mimeo).
11. Brasil — Ministério da Saúde, SNPES/DND/CD. Anais do I Simpósio Brasileiro sobre Educação em Cancerologia, realizado em Brasília — DF, de 16 a 18 de setembro de 1987.

- **Maria Inez Pordeus Gadelha**
Campanha Nacional de Combate ao Câncer
Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, MS
- **Antônio André Magoulas Perdicaris**
Comissão de Ensino
Sociedade Brasileira de Cancerologia
- **Núbia Mendonça**
Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica
- **Adalberto Broecker Neto**
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

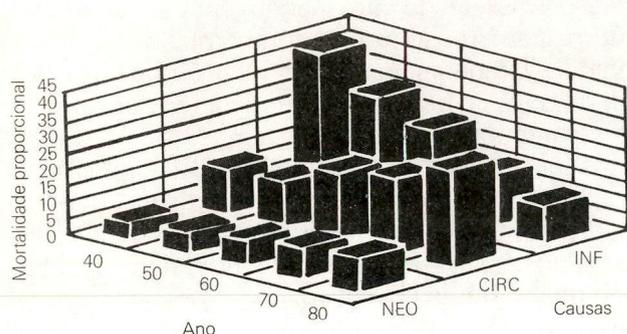
ANEXO 2

ENSINO DA CANCEROLOGIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. Fundamentos

A análise de dados nosológicos e de mortalidade tem alertado para o problema que representa o câncer no Brasil. A par das transformações ocorridas no âmbito social, tecnológico e industrial com o aumento da sobrevida média do brasileiro, mudanças de hábitos e de atitudes e controle de doenças antes prevalentes, observa-se um aumento relativo da mortalidade por câncer no País, conforme demonstra a figura abaixo. Caso não sejam tomadas providências efetivas para a prevenção e controle das neoplasias malignas o perfil de mortalidade por câncer não será modificado.

Mortalidade proporcional, por algumas causas, em capitais brasileiras, 1940-1980



Fonte: RADIS/ENSP/FIOCRUZ (MS) — 1984

A incorporação de métodos científicos e de tecnologia avançada ao diagnóstico e terapêutica do câncer em nada modificou o coeficiente de mortalidade por esta patologia nos últimos quarenta anos¹. Experiências de países desenvolvidos têm demonstrado que o controle do câncer pode ser obtido através de medidas de promoção da saúde, de prevenção e/ou de diagnóstico precoce, obtendo-se, neste último caso, alto grau de resolubilidade dos recursos terapêuticos.

Já se encontram bem definidas medidas para o controle dos fatores de risco e das lesões pré-malignas de tumores prevalentes no País e, no entanto, são elas inadequadamente utilizadas. Métodos de execução simples e pouco onerosos podem ser suficientes para o diagnóstico precoce de determinadas neoplasias, cuja lesão inicial é passível de controle pela cirurgia e/ou radioterapia. Entretanto, os recursos atualmente disponíveis para o diagnóstico e terapêutica do câncer são utilizados, em grande parte, na doença em fase incurável, visando a sobrevida maior com melhor qualidade, benefício muitas vezes questionável, pela agressividade e custos dos procedimentos.

Estima-se que mais de 500.000 novos casos de câncer sejam diagnosticados no Brasil, no período de 1985 a 1990 e, considerando que o padrão atual de diagnóstico seja mantido, 350.000 destes casos serão tratados

não com o objetivo da cura, mas da palição², visto o grande número de casos avançados e sem chances terapêuticas que chegam aos centros de referência para tratamento especializado. Esta realidade expressa a ineficiência dos programas de controle do câncer no Brasil, pois as populações de risco não recebem os cuidados da prevenção e do diagnóstico precoce. Os próprios enfermeiros têm sido unânimes em reconhecer que não foram adequadamente preparados para desenvolver as ações de Enfermagem na área oncológica³.

Grande parte dos enfermeiros desconhece que a maioria dos tumores malignos que incidem na população pode ser previsível, prevenida ou potencialmente curável, e desconhece, também, a relação benefício/custo da terapêutica oncológica aplicada nos casos iniciais e avançados.

Assim, por despreparo técnico-científico, o enfermeiro deixa de assumir o importante papel que lhe cabe nos programas de controle do câncer. O exercício da Enfermagem requer o contato direto e contínuo do profissional com a comunidade. Isso faz com que ele seja responsável por grande parte do êxito das ações de prevenção e controle.

Pesquisas efetuadas demonstram que os profissionais da saúde e alunos manifestam opiniões sobre o câncer que não são muito diferentes das expressas pelo público leigo, principalmente quanto à incurabilidade e indicação de terapêutica^{4,5,6}. As opiniões colhidas dos estudantes podem se modificar quando o contato com os pacientes em ambulatório é iniciado nos primeiros anos do curso. Atitudes positivas são menos observadas nos estudantes que não freqüentam os cursos de Cancerologia o que é explicável pela ausência do contato com os "modelos de identificação".

Investir na educação em Cancerologia é estratégia fundamental para o controle do câncer. Compete às escolas de Enfermagem desenvolver mecanismos que superem os obstáculos ao ensino da matéria, procurando alcançar os objetivos de:

- 1) apresentar o câncer como um problema de saúde pública;
- 2) alertar para a necessidade da prevenção e diagnóstico precoce; e
- 3) criar no futuro enfermeiro as atitudes e habilidades necessárias ao bom desempenho profissional na assistência ao paciente oncológico.

2. Situação atual do ensino da cancerologia nas escolas de enfermagem no Brasil

A Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem do Ministério da Educação vem desenvolvendo estudos no sentido de propor novas diretrizes para os Currículos Mínimos dos Cursos de Graduação em Enfermagem⁷, com o objetivo de adaptar as diretrizes da Resolução n.º 4 do Conselho Federal de Educação⁸

às necessidades atuais da assistência de Enfermagem no Brasil.

Sem dúvida a atualização curricular é necessária, considerando-se as reformas que se processam no setor da saúde e as distorções verificadas na prática de Enfermagem⁹.

Em referência ao ensino da Cancerologia as iniciativas tomaram impulso a partir do 1.º Simpósio Brasileiro sobre Educação em Cancerologia⁷, intensificando-se no 1.º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Cancerologia¹⁰, cujas recomendações enfatizam a necessidade de implementar-se o ensino de Enfermagem em Cancerologia nos cursos de graduação e de formação de docentes.

A situação atual do ensino da Cancerologia nos cursos de graduação em Enfermagem só pode ser avaliada parcialmente, com base nos dados disponíveis^{3,7}. Embora variando em conteúdo programático, carga horária e relação entre as atividades práticas e teóricas, as escolas que incluem a educação em câncer nos seus currículos caracterizam-se, em sua maioria, por optarem pelo ensino multidisciplinar de patologias específicas. É questionável a integração efetiva das disciplinas que programam a matéria e pouca ênfase é dada à prevenção e controle do câncer.

Os principais empecilhos ao ensino da Cancerologia nas escolas de graduação em Enfermagem podem ser resumidos em:

- a) inadequação dos programas no que respeita à prevenção, epidemiologia e saúde comunitária;
- b) maior preocupação com a abrangência e não com a aplicação do conhecimento;
- c) dificuldade em dispor o ensino da Cancerologia no currículo, dado o caráter multidisciplinar do seu conteúdo programático;
- d) organização administrativa da escola que não permite a integração disciplinar;
- e) falta de articulação do ensino com o serviço, pois os Hospitais de Ensino não costumam manter serviço especializado e nem se associar a instituições de referência para o câncer;
- f) despreparo dos professores para o ensino da matéria; e,
- g) indisponibilidade de material de instrução.

3. Preparação geral do enfermeiro em cancerologia

Como parte integrante de um programa nacional de expansão da prevenção e controle do câncer, cujo objetivo principal é reduzir a morbidade e a mortalidade por esta patologia, e educação em Enfermagem, ao nível da graduação, deve participar com uma melhor formação geral do enfermeiro. Para tanto é necessário dotá-lo dos conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis à prática da Enfermagem em Cancerologia.

Se o câncer já representa a terceira causa isolada de

morte no Brasil e a segunda em alguns Estados é imperativo reconhecer-se que o ensino da Cancerologia deve ser incluído na preparação geral do enfermeiro. Capacitar o futuro enfermeiro para abordagem adequada do adulto, da mulher e da criança, na área oncológica, e proporcionar bases educacionais para o planejamento e implantação de programas de prevenção e controle de neoplasias malignas prevalentes são os objetivos finais que a educação em câncer deve atingir ao término do curso de graduação em Enfermagem.

O presente trabalho visa a programar o ensino da Cancerologia nas escolas de Enfermagem brasileiras, numa proposta que se julga consoante com as diretrizes atuais para educação em Enfermagem, levando em consideração as recomendações do 1.º Simpósio Brasileiro sobre Educação em Cancerologia⁷, e do 1.º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Cancerologia¹⁰, que incluem o ensino obrigatório e multidisciplinar da matéria. Também julgada oportuna, tendo em vista a reforma que se processa no currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem.

As estratégias educacionais são estabelecidas quanto à definição de competências, seleção do conteúdo programático e respectiva distribuição curricular, métodos de ensino e avaliação do rendimento acadêmico e do programa educativo.

3.1. Competências

Ao final do curso de graduação, são habilidades e atitudes exigidas de um enfermeiro, com relação ao câncer:

- identificação de fatores e grupos de risco;
- participação em ações de educação comunitária;
- atuação em programas de prevenção e detecção precoce;
- identificação de sintomas e sinais sugestivos de lesões neoplásicas;
- orientação e controle de indivíduos de risco, visando a evitar os fatores de risco e minimizar os seus efeitos;
- encaminhamento de pacientes com sintomas e sinais sugestivos de lesões neoplásicas;
- colheita de material para exame preventivo ginecológico;
- desenvolvimento de ações integradas com outros profissionais, buscando possibilitar condições clínicas, emocionais e sociais para os pacientes que serão submetidos à avaliação diagnóstica;
- acompanhamento de pacientes com ou sem doença em atividade;
- assistência de enfermagem clínica e cirúrgica aos pacientes previamente tratados ou não;
- avaliação da relação benefício/custo do diagnóstico e da terapêutica dos casos iniciais e avançados;

- capacidade de comunicação para redigir relatórios oncológicos e expor situações aos pacientes, aos familiares e à comunidade;
- envergadura psicológica para a assistência ao paciente oncológico e para o contato com a morte;
- adoção de atitudes positivas que expressem o valor das medidas preventivas, que combatam a descrença na cura da doença e que desestimulem hábitos e vícios identificados como fatores de risco;

3.2. Conteúdo programático

Vários modelos de conteúdo programático podem ser elaborados. No presente trabalho propõe-se a divisão em cinco módulos didáticos:

- Prevenção e Detecção Precoce do Câncer
Epidemiologia do Câncer
Fatores de risco
Métodos de prevenção e detecção
Programas de prevenção e controle do câncer em vigência no Brasil
Centros regionais de referência
- Fisiopatologia do Câncer
Carcinogênese física, química e biológica
Características biológicas e bioquímicas da célula tumoral. Cinética tumoral
Morfologia e nomenclatura das alterações celulares tumorais e não tumorais. Neoplasias benignas e malignas
Relação tumor-hospedeiro. Mecanismos de invasão e disseminação
- Estudo da Cancerologia na Área da Enfermagem
Sistemas de Estadiamento
Princípios da Cirurgia Oncológica
Princípios da Radioterapia
Princípios da Quimioterapia Antineoplásica
Hormonioterapia do Câncer
Imunologia Tumoral e Imunoterapia do Câncer
Complicações Associadas ao Câncer. Síndromes Paraneoplásicas
Reabilitação Física e Psicossocial do Paciente Oncológico
O paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais
O paciente Terminal
Aspectos psicológicos do câncer e suas implicações para o enfermeiro, pacientes e familiares
- Estudo Clínico das Neoplasias Malignas Prevalentes no Adulto*
Etiologia, fatores de risco, epidemiologia, meios de prevenção e detecção, comportamento biológico, quadro clínico, diagnóstico, estadiamento,

modalidades terapêuticas e fatores prognósticos dos tumores de pele, colo uterino, mama, estômago, boca, cólons e reto, próstata, tireóide, esôfago, de origem hemolinfopoética, laringe, bexiga, brônquios e pulmões, corpo uterino, ovários e pênis.

- Estudo Clínico das Neoplasias Malignas Prevalentes na Infância e Adolescência
Etiologia, fatores de risco, epidemiologia, quadro clínico, história natural, diagnóstico, estadiamento, princípios terapêuticos, efeitos tardios do tratamento e prognóstico de leucemias, linfomas, tumor de Wilms, neuroblastoma, rhabdomyosarcoma, tumores ósseos, retinoblastoma e dos tumores do sistema nervoso central.

3.3. Distribuição curricular

O conteúdo programático deve servir de base para a orientação do treinamento e não apenas como fonte de tópicos para aulas expositivas.

Em nível curricular as atividades de treinamento e os conhecimentos básicos sobre a biologia, fisiopatologia e epidemiologia do câncer devem se inserir nos programas do ensino da Biologia, Histologia, Patologia e Saúde Pública.

As atividades relacionadas com o estudo da Cancerologia na área da Enfermagem e das neoplasias prevalentes no adulto, na infância e na adolescência, são compatíveis com o ensino da Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem Materno-Infantil.

A disposição do estudo dos tumores por estas áreas obedecerá à distribuição topográfica e por faixa etária da lesão primária e sempre deverá incluir todos os aspectos relacionados no conteúdo programático, desde os epidemiológicos aos terapêuticos e prognósticos.

Certamente que, por sua natureza multidisciplinar, o ensino da Cancerologia necessita de um mecanismo integrador e assessor que pode ser uma Comissão de Oncologia. Esta Comissão pode ser composta de docentes e profissionais das áreas de Biologia, Histologia, Patologia, Saúde Pública, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem Materno-Infantil, cabendo-lhe a coordenação do ensino da Cancerologia de forma ordenada, harmônica e sem hiatos, repetições e conflitos de informações entre as várias áreas. Nesta Comissão devem incluir-se todos os enfermeiros especialistas em Cancerologia integrantes do corpo docente da escola, que serão responsáveis pelo ensino da Cancerologia na área da Enfermagem. Este por sua vez pode ser disposto no programa de ensino da Enfermagem Médica.

A referida Comissão, além de coordenar o ensino, deve atuar nas áreas da assistência e da pesquisa.

* Faz-se necessário adaptar o conteúdo programático ao perfil epidemiológico regional.

Alunos desejosos de conhecimentos e habilidades mais específicos quanto à terapêutica e reabilitação poderão adquiri-los, de forma opcional, em serviços especializados, comprometidos com a escola dos quais esta exigirá qualidade do padrão educativo e assistencial.

3.4. Métodos de Ensino

O ensino da cancerologia integrado às demais áreas do conhecimento em Enfermagem é imprescindível, visto a natureza multidisciplinar da matéria, tanto em termos dos conhecimentos básicos como da prática. Ademais é inadmissível que este ensino seja da responsabilidade de um único docente, numa disciplina isolada, pois isso resulta em simples transmissão de informações fragmentadas. Assinale-se, ainda, a necessidade de focar o câncer como um problema de saúde pública e de promover a atividade prática do estudante no decorrer do curso.

A qualificação geral do enfermeiro em Cancerologia representa um importante pré-requisito para que as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer tornem-se viáveis, o que resultará na aplicação da terapêutica em casos iniciais.

O envolvimento de serviços especializados e docentes capacitados influi consideravelmente na qualidade do ensino e da aprendizagem e no desempenho do futuro enfermeiro.

Assim, para o ensino da Cancerologia efetuar-se de forma adequada e efetiva, é necessário, em resumo: atividade didática interdisciplinar, articulação da escola com os serviços e educação continuada de professores e do pessoal dos serviços.

Da concorrência destes três aspectos pode resultar um ensino aliado à prática e adequado ao perfil epidemiológico regional. A educação em Cancerologia apresenta excelente modelo, que pode ser aplicado e realizável em todos os níveis da assistência, desde as unidades primárias (prevenção e detecção) até os serviços especializados (tratamento, reabilitação e pesquisa) e, de permeio, os níveis que executam apenas o diagnóstico e referem os pacientes aos centros especializados, realidade encontrada na grande maioria dos hospitais de ensino do Brasil.

O treinamento em serviço deve constituir o método educativo de escolha. A ênfase deve ser dada ao câncer como um problema de saúde pública e aos meios pelos quais a prevenção e o diagnóstico precoce podem ser obtidos. Assim, a rede básica de serviços deve ser o local de treinamento preferencial, na qual sejam desenvolvidos programas de prevenção e detecção do câncer que utilizem os estudantes como agentes operacionais, sob a devida supervisão docente.

Dever-se-á manter a observância de carga horária

maior dedicada às atividades práticas, que serão complementadas pelas informações dispostas no Conteúdo Programático.

O treinamento em Centros de Saúde deve incluir a pesquisa de dados clínico-epidemiológicos e a participação na implantação e avaliação dos problemas de controle do câncer. Os Centros de Saúde devem estar integrados no sistema de referência e contra-referência com os centros oncológicos (hospitais especializados ou serviços de oncologia de hospitais gerais).

Insiste-se que o treinamento em serviço deve ter como base a vivência e análise de situações reais que releve a importância da prevenção e do diagnóstico precoce para o controle do câncer.

3.5. Avaliação do rendimento acadêmico e do programa educativo

A avaliação do rendimento acadêmico, seja dos conhecimentos básicos adquiridos, seja do desempenho em serviço, compete às áreas pelas quais se distribuiu o ensino da Cancerologia, não devendo se restringir aos procedimentos tradicionais de avaliação. As condições e os níveis do desempenho devem ser rigorosamente avaliados e é importante que a avaliação seja feita de modo formativo e somativo.

Métodos criteriosos devem ser desenvolvidos também para a avaliação do programa e recomenda-se a utilização de parâmetros qualitativos e quantitativos.

Os dados obtidos devem ser utilizados como indicadores da qualidade dos parâmetros avaliados, apontando ou não a necessidade de intervenção nas estratégias educacionais aplicadas.

Referências Bibliográficas

1. Brasil — Ministério da Saúde, SNPES/DNDCCD — Controle das Doenças Não Transmissíveis no Brasil. Brasília, 1986. p. 7.
2. Campanha Nacional de Combate ao Câncer e Sociedade Brasileira de Cancerologia — Ensino da Cancerologia no Curso de Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Cancerologia, 1985; 31 (2): 174-176.
3. Rodrigues C, Queiroz I — A Situação Atual do Ensino da Enfermagem Oncológica nos Cursos de Graduação em Enfermagem do País. São Paulo, 1987. 10 p (mimeo).
4. World Health Organization — Undergraduate Education in Cancer in the European Region — Report on a UIOC/WHO Meeting, Geneve, 6-8 April, 1981. Euro Reports and Studies 49. Copenhagen, World Health Organization, 1981, pp. 3-7.
5. Madden RE, Dornbush RL — Attitudes of Medical Students and Faculty Toward Cancer. Journal of Cancer Education, 1986; 1 (3): 177-181.
6. Lebovits AH, Croen LG, Goetzel RZ — Attitudes Toward Cancer. Cancer, 1984; 54 (6): 1124-1129.
7. Brasil — Ministério da Saúde. SNPES/DNDCCD — Anais do I Simpósio Brasileiro sobre Educação em Cancerologia, realizado em Brasília — DF, de 16 a 18 de setembro de 1987.
8. Brasil — Ministério da Educação e Cultura, Conselho Federal de Educação. Currículos Mínimos dos Cursos de Graduação. 4 ed. Brasília, 1981. pp. 199-202.
9. CAPES — PAPS — ABEn — CEEEn — SESu/MEC — Proposta de Programa. Melhoria da Qualidade da Assistência de Enfermagem no Brasil. Brasília, 1987. 24p (mimeo).
10. Sociedade de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo e Associação Brasileira de Enfermagem — S.C. Anais do I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Cancerologia, realizado em Florianópolis — S.C., de 8 a 12 de novembro de 1987.

Comissão Nacional para o Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em Enfermagem

Maria Inez Pordeus Gadelha — Coordenadora
Campanha Nacional de Combate ao Câncer
Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas/SNPES/MS

Edilson Sebastião Pimentel
Instituto Nacional do Câncer/MS/RJ

Lindalva Leonor Riker
Escola de Enfermagem de Manaus
Fundação Serviços de Saúde Pública/MS

Lizete Malagoni de Almeida C. Oliveira
Faculdade de Enfermagem e Nutrição
Universidade Federal de Goiás

Vera Radunz
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina

Wilma Rezende Lima
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Sergipe

Colaboração

Ethel Davidson
Hospital dos Servidores do Estado/INAMPS/RJ

Luiz Eduardo Atalécio
Campanha Nacional de Combate ao Câncer/RJ

Maria Clara Alves de Araújo
Sociedade de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo

Maria Luiza Bernardo Vidal
Hospital de Oncologia/INAMPS/RJ

Mirian Aparecida Teixeira
Clínica Campo Belo/RJ

Renato Mayhé
Instituto Nacional do Câncer/MS/RJ

SUMÁRIO 1988
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 34 (1)

Mar. 1988

	Pág.
1. Tumor primário desconhecido. Análises de 23 casos MARIA INEZ PORDEUS GADELHA, ARON MINIAN E REGINA COELI AIEX SANTOS E SILVA	:5
2. Segundo tumor em pacientes portadores de retinoblastoma LUIZ FERNANDO LOPES, CÉLIA B. GIANOTTI ANTONELI, FLÁVIO AUGUSTO LUISI E ALOIS BIANCHI	:11
3. Forma rabdomiomatosa do tumor de Wilms. Relato de um caso com envolvimento bilateral ACHILÉA LISBOA BITTENCOURT, NÚBIA MENDONÇA, JOSÉ BAHIA SAPUCAIA E JOSÉ LUIZ BRANDÃO DE OLIVEIRA	:15
4. Espectro de atividade NK em um pequeno grupo populacional brasileiro LÚCIA DE LA ROCQUE, MARIANO ZALIS, JOÃO GOULART E VIVIAN M. RUMJANEK	:19
5. Gastos não médicos de pacientes com câncer EDMUNDO CARVALHO MAUAD, GERSON MUCILLO, MIGUEL A. GONÇALVES, JOSÉ ELIAS A. MIZIARA, DOMINGOS BOLDRINI E PAULO PRATA	:27
6. CONFERÊNCIAS DO XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA — 1ª PARTE	:31

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 34 (2,3)

Jun./Set. 1988

7. Mitomicina C e Vinblastina no tratamento do câncer de mama refratário MÁRIO ALBERTO DANTAS L. DA COSTA, NILSON SOARES P. DE MENDONÇA E MIGUEL J. FROIMTCHUCK	:139
8. Carcinoma epidermóide sarcomatóide da laringe. Estudo ultra-estrutural e imuno-histoquímico FERNANDO AUGUSTO SOARES, LUIZ CÉSAR PÉRES, CARLOS EDUARDO BACCHI, GLÁUCIA APARECIDA M. LANDELL, RUI CELSO M. MAMED, FRANCISCO VERÍSSIMO MELLO FILHO E GUSTAVO ADOLPHO P. CALDEIRA	:143
9. O uso da buprenorfina sublingual (TEMGESIC) no alívio da dor em pacientes com câncer. Um estudo em 32 doentes HAROLDO GODIM JUAÇABA	:149
10. Epidermoid cyst of testis — A case report ANTÔNIO LUIZ CORREIA SEIXAS E MARCOS VENÍCIO ALVES LIMA	:155
11. Herpetic esophagitis mimicking carcinoma in situ LUIZ CÉSAR PÉRES, JOSÉ BARBIERI NETO, MARCOS ANTÔNIO ROSSI, ANTÔNIO ROBERTO MORIEL E CARLOS EDUARDO BACCHI	:157
12. CONFERÊNCIAS DO XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA — 2ª PARTE	:161
13. Neoplasias neurendócrinas do trato broncopulmonar CARLOS E. BACCHI	:179
14. A importância da colheita de materiais clínicos para os resultados dos exames microbiológicos ERALDO VIDAL	:183
15. NORMAS DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER PARA PESQUISAS EM SAÚDE	:189

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 34 (4)
Dez. 1988

- | | |
|--|------|
| 16. Programa de oncologia Pro-Onco
ERNANI SALTZ | :203 |
| 17. Projeto de expansão da prevenção e controle do câncer cérvico-uterino
MAGDA C.R. RESENDE | :209 |
| 18. PROJETO DE EXPANSÃO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE BOCA | :221 |
| 19. SETOR DE SUPORTE TERAPÊUTICO ONCOLÓGICO STO | :241 |
| 20. Programa Nacional de Combate ao Fumo. Plano de trabalho para o período 1988-2000
VERA LÚCIA DA COSTA E SILVA E LUIZ CARLOS PELIZÁRIO ROMERO | :245 |
| 21. Subprograma de educação em cancerologia
MARIA INEZ PORDEUS GADELHA E ETHEL REJANE STAMBOVSKY SPICHLER | :255 |

ÍNDICE DE AUTORES E TÍTULOS

(Os números remetem ao item que precede a referência bibliográfica)

- BITTENCOURT, Achiléa Lisboa. Forma rabdomiomatosa do tumor de Wilms 3
- COSTA, Mário Alberto Dantas L. da. Mitomicina C e Vimblastina no tratamento do câncer de mama refratário 7
- GADELHA, Maria Inez Pordeus. Subprograma de educação em cancerologia 21
- _____ Tumor primário desconhecido. Análises de 23 casos 1
- JUAÇABA, Haroldo Godim. O uso da buprenorfina sublingual (TEMGESIC) no alívio da dor em pacientes com câncer 9
- LOPES, Luiz Fernando. Segundo tumor em pacientes portadores de retinoblastoma 2
- MAUAD, Edmundo Carvalho. Gastos não médicos de pacientes com câncer 5
- PÉRES, Luiz César. Herpetic esophagitis mimicking carcinoma *in situ* 11
- PROJETO DE EXPANSÃO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE BOCA 18
- PROJETO DE EXPANSÃO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO 17
- ROCQUE, Lúcia de La. Espectro de atividade NK em um pequeno grupo populacional brasileiro 4
- SALTZ, Ernani. Programa de oncologia Pro-Onco 16
- SEIXAS, Antônio Luiz Correa. Epidermoid cyst of testis — A case report 10
- SETOR DE SUPORTE TERAPÊUTICO ONCOLÓGICO STO 19
- SILVA, Vera Lúcia da Costa e. Programa Nacional de Combate ao Fumo, plano de trabalho para o período 1988-2000 20
- SOARES, Fernando Augusto. Carcinoma epidermóide sarcomatóide da laringe. Estudo ultra-estrutural e imuno-histoquímico 8
- VIDAL, Eraldo. A importância da colheita de materiais clínicos para os resultados dos exames microbiológicos 14

ÍNDICE DE CO-AUTORES

(Os números remetem ao item que precede a referência bibliográfica)

- ANTONELLI, Célia B. Gianotti 2
- BACCHI, Carlos Eduardo 8, 11
- BARBIERI NETTO, José 11
- BIANCHI, Alois 2
- BOLDRINI, Domingos 5
- CALDEIRA, Gustavo Adolpho P. 8
- FROIMTCHUCK, Miguel J. 7
- GONÇALVES, Miguel A. 5
- GOULART, João 4
- LANDELL, Gláucia Aparecida M. 8
- LIMA, Marcos Venício Alves 10
- LUISI, Flávio Augusto 2
- MAMEDE, Rui Celso M. 8
- MELLO FILHO, Francisco Veríssimo 8
- MENDONÇA, Nilson Soares P. de 7
- _____, Núbia 3
- MINIAN, Aron 1
- MIZIARA, José Elias A. 5
- MORIEL, Antonio Roberto 11
- MUCILLO, Gerson 5
- OLIVEIRA, José Luiz Brandão de 3
- PÉRES, Luiz César 8
- PRATA, Paulo 5
- ROMERO, Luiz Carlos Pelizário 20
- ROSSI, Marcos Antônio 11
- RUMJANEK, Vivian M. 4
- SAPUCAIA, José Bahia 3
- SILVA, Regina Célia Aiex dos Santos e 1
- SPICHLER, Ethel Rejane Stambovsky 21
- ZALIS, Mariano 4

ÍNDICE DE ASSUNTOS

(Os números remetem ao item que precede a referência bibliográfica)

ATIVIDADE NK
em grupo populacional brasileiro 4

BOCA
câncer
prevenção 18

BUPRENORFINA 9

CÂNCER
boca
prevenção 18
cérvico-uterino
prevenção 17
educação 21
esôfago 11
laringe
patologia 8
mama 7
dor 9
custos para o paciente

CARCINOMA (ver também CÂNCER)
esôfago 11
laringe
patologia 8

CARCINOMA BRONQUIOLAR 13

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS
laringe 8

CARCINOMA EPIDERMÓIDE (ver CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS)

CÉRVICO-UTERINO
câncer
prevenção 17

CISTO EPIDERMÓIDE 10
dor
câncer 9

ESÔFAGO
carcinoma 11

FUMO
combate 20

HERPES 11

INSTITUTOS DE CÂNCER
normas para pesquisa 15

LARINGE
carcinoma 8

MAMA
câncer
quimioterapia 7

MICROBIOLOGIA 14

MITOMICINA C (ver QUIMIOTERAPIA)

NEOPLASIAS PRIMÁRIAS DESCONHECIDAS

tratamento 1

PROGRAMA DE ONCOLOGIA

pro-onco 16

QUIMIOTERAPIA (ver também o NOME DO MEDICAMENTO)

mitomicina C

mama 7

vimblastina

mama 7

RETINOBLASTOMA BILATERAL

quimioterapia 2

radioterapia 2

SUPORTE TERAPÊUTICO ONCOLÓGICO (STO) 19

TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO (ver NEOPLASIAS PRIMÁRIAS DESCONHECIDAS)

TUMOR TESTICULAR 10

TUMOR DE WILMS 2

VIMBLASTINA (ver QUIMIOTERAPIA)

Este índice foi elaborado pela bibliotecária do Instituto Nacional de Câncer,
Valéria Pacheco

A s... ca

INICIA. BIBLIOTECA

Este periódico deve ser devolvido
na última data carimbada

13/3/90

Terasic

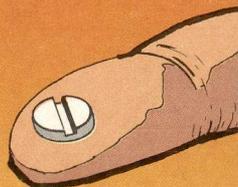
Buprenorfina

- É o único analgésico potente apresentado por via sublingual.
- Seu poder analgésico é superior à morfina e significativamente superior à meperidina.
- Proporciona maior duração de ação (6 a 8 horas).
- Baixo risco de dependência e outros efeitos colaterais.

O ÚNICO COM 2 APRESENTAÇÕES



INJETÁVEL



SUBLINGUAL

Indicações

- Na dor crônica do paciente oncológico
- No pós-operatório
- Na dor do infarto agudo do miocárdio
- Nos traumatismos
- Nas dores moderadas a severas em clínica geral

Pesquisa e Qualidade

Schering

Segurança Terapêutica

NOVANTRONE^{*}

(MITOXANTRONA)



melhor qualidade de vida

^{*} Marca Registrada